

Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

Autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto: Intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia promotoras da autonomia da mulher/casal

Nídia Isabel dos Santos Nunes

2012

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia

Autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto: Intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia promotoras da autonomia da mulher/casal

Nídia Isabel dos Santos Nunes

Relatório de Estágio orientado por Prof.ª Isabel Serra

2012



Aos pais e filhos que aceitaram ser cuidados...

À Professora Arwa Oweis, RN, DNSc pela disponibilidade e prontidão...

À Professora Isabel Serra pela partilha, sugestões e incentivo...

*À Professora Maria João pela, orientação, partilha de conhecimentos
e disponibilidade...*

*À Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Elisabete Santos
pela inspiração, partilha de conhecimentos, apoio e disponibilidade...
foi um Privilégio!*

*À Cristina,
companheira de viagens, companheira de curso, pela partilha...*

Aos meus pais, pela compreensão....

Ao Filipe pelo apoio incondicional, por acreditares sempre...

Muito Obrigada!

“Unless someone like you cares a whole awful lot, nothing is going to get better.

It's not.”

Dr. Seuss, *The Lorax*, 1972

RESUMO

Este Relatório expõe o percurso da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da ESEL, evidenciando o aprofundamento teórico e o desenvolvimento de competências na promoção da autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.

Foi utilizada uma metodologia de Revisão Sistemática da Literatura, partindo da questão em formato PI[C]O: “Quais as intervenções (I) do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (P), promotoras da autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto (O)?” A pesquisa foi efetuada em bases de dados através do motor de busca EBSCOhost, tendo sido selecionados doze artigos.

Constatou-se que é fundamental assegurar às mulheres, ao longo da gravidez e trabalho de parto, o acesso e compreensão de informação sobre o processo fisiológico do parto e diferentes práticas clínicas. Esta informação deve ser baseada na evidência e abranger todos os riscos, benefícios e resultados permitindo à mulher/casal, desta forma, a tomada de decisões esclarecidas de acordo com as suas necessidades e expectativas. A tomada de decisão depende em grande medida dos esforços do EESMO para promover a adequação da comunicação. Contudo é necessário ter em conta a situação da mulher/casal e a forma como a comunicação e informação são utilizadas, pois estas influenciam o sentimento de autonomia. Na orientação da mulher/casal não devem existir preconceitos, sendo sempre necessário uma validação dos seus desejos e expectativas. No entanto, nem sempre é possível ir ao encontro das escolhas da mulher, ainda que estas tenham sido realizadas de forma racional. Por isso é muito importante transmitir uma noção de flexibilidade para que a mulher não fique com um sentimento de falta de controlo. É necessário que o EESMO construa uma relação de confiança com a mulher/casal adotando uma postura de abertura, apoio e cooperação, mostrando respeito, profissionalismo e disponibilidade.

Palavras-chave: autonomia; gravidez; trabalho de parto; parentalidade.

ABSTRAC

This Report presents the course of the 2nd Master in Maternal Health and Midwifery Nursing final Internship of ESEL, highlighting both the theoretical knowledge and skills developed on the promotion of women/couples' autonomy of during labor.

A Systematic Review of the Literature methodology was used, using as a starting point the PI[C]O format question: "What interventions (I) of the Nurse-Midwife (P), promote the autonomy of women/couples during labor (O)?" The research was conducted through EBSCOhost search engine's databases, and twelve articles were selected.

The research proved that it is essential to women to be offered information throughout pregnancy and labor on the physiological process of birth and the different clinical practices. This information must be evidence-based and encompass all risks, benefits and outcomes, thus allowing the woman/couple to take informed decisions in accordance with their needs and expectations.

The decision process depends largely on the efforts of Nurse-Midwife to promote adequate communication. However it is necessary to take into account the woman/couple's situation and how communication and information are used, as these influence the feeling of autonomy. In the guidance of the woman/couple there should not exist prejudices, thus the validation of their desires and expectations is always necessary. Nevertheless, women's choices are not always meet, even if these have been chosen rationally. It is therefore very important to convey a sense of flexibility so that women do not experience a lack of control. It is necessary that the Nurse-Midwife builds a trusting relationship with the woman/couple by adopting an attitude of openness, support and cooperation, showing respect, professionalism and availability.

Keywords: autonomy, pregnancy, labor, parenting.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocograma

DNSc – Doctor of Nursing Science

DR – Diário da República

EESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICM – Internacional Confederation of Midwives

LA – Líquido Amniótico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

NP – Norma Portuguesa

RN – Registered Nurse

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Metodologia de Pesquisa	28
Tabela 2 – Artigos Selecionados	29

LISTA DE FIGURAS

**Figura 1 – Processo de Seleção dos Artigos da Revisão
Sistemática da Literatura**

29

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
2. QUADRO DE REFERÊNCIA	17
2.1. Enquadramento Teórico	17
2.1.1. Conceito de Autonomia	17
2.1.2. Autonomia e Consentimento em Cuidados de Saúde	19
2.1.3. Autonomia durante o Trabalho de Parto	20
2.1.4. Vivência da Maternidade/Parentalidade	22
2.2. Enquadramento Conceptual	23
3. METODOLOGIA	26
3.1. Finalidade e Objetivos	26
3.2. Revisão Sistemática da Literatura	27
3.3. Entrevistas a Peritos	32
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	33
4.1. Caracterização do Local de Estágio	33
4.2. Descrição e Análise da Atividades	34
4.3. Prática Baseada na Evidência	48
4.4. Avaliação	54
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	57
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
7. BIBLIOGRAFIA	60

ANEXOS	66
Anexo 1 – “Statement 6.I.d – Keeping Birth Normal”	
Anexo 2 – Escala	
APÊNDICES	69
Apêndice 1 – Ação de Formação “Plano de Parto” (contexto profissional, 2010)	
Apêndice 2 – Diário de Aprendizagem I	
Apêndice 3 – Diário de Aprendizagem II	
Apêndice 4 – Cronograma de Atividades	
Apêndice 5 – Aula de Preparação para o Parto	
Apêndice 6 – Ação de Formação “Importância da Posição da Mulher e Mobilidade da bacia no Trabalho de Parto: Período Expulsivo”	
Apêndice 7 – Plano de Intervenção	
Apêndice 8 – Avaliação Sumativa	
Apêndice 9 – Autorização do Autor da Escala	
Apêndice 10 – Pedido de Autorização e documentos complementares enviados à Comissão de Ética	

1. INTRODUÇÃO

Este Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 2º Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e tem como finalidade proceder à fundamentação, descrição, e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas.

O Estágio decorreu num Serviço de Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica de 27 de fevereiro de 2012 a 27 de julho de 2012, num total de 750 horas, das quais 500 são horas de contacto, 25 de trabalho tutorado e as restantes de trabalho autónomo; visa a aquisição e desenvolvimento de competências para o cuidado de enfermagem especializado em Saúde Materna e Obstetrícia, através de uma metodologia participativa e tutorada nas atividades do serviço.

Após reflexão sobre os objetivos propostos para o CMESMO bem como as minhas experiências e vivências profissionais, escolhi a temática “Autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto: Intervenções do enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia promotoras da autonomia da mulher/casal”. Utilizei a metodologia de Revisão Sistemática da Literatura, refletindo sobre a evidência científica e transpondo-a para a minha prática enquanto futura EESMO.

O EESMO é, de acordo com a Lei n.º 9/2009, de 4 de março, o profissional que em Portugal exerce a atividade profissional de parteira (DIÁRIO DA REPÚBLICA (DR), 2009, p. 1479).

“assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2010, p.1).

O EESMO “promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina” (OE, 2010, p.5).

A Confederação Internacional das Parteiras (ICM) acrescenta que

“Existem alguns conceitos fundamentais da atividade das parteiras que definem o papel único das parteiras na promoção da saúde das mulheres grávidas e suas famílias. Estes incluem:

- parceria com as mulheres para promover os cuidados a si próprias e a saúde das mães, bebés e famílias;

- respeito pela dignidade humana e pelas mulheres como pessoas com direitos humanos...”
(ICM, 2010, p.2).

Desta forma a temática escolhida enquadra-se na atividade do EESMO e vai ao encontro da finalidade deste Estágio pois

“os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, porque são os profissionais de saúde que acompanham a mulher durante todo o processo do trabalho de parto (quer pela sua permanência física junto da parturiente, quer pela centralidade dos cuidados que prestam), podem desempenhar um papel privilegiado no desenvolvimento da autonomia da parturiente e no exercício do seu direito à autonomia” (TERESO, 2005, p. 23).

Decidi abordar esta temática para dar continuidade a trabalho por mim já desenvolvido nesta área, em contexto profissional (apêndice 1), e porque no exercício da minha atividade profissional apreendi uma profunda convicção no paradigma da autonomia, pois é o modo

“de assegurar que os doentes são respeitados como Seres Humanos e que estes mesmos direitos são promovidos e protegidos. Respeitar uma pessoa significa que temos que garantir que não é tratada contra a sua vontade, que é informada acerca do tratamento e cuidados de enfermagem e que está envolvida no processo de tomada de decisões e consentimento no que diz respeito ao seu próprio cuidado” (ALMEIDA, 2007, p.16).

Desta forma é possível o aumento da qualidade dos cuidados de saúde e da influência para a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem pois

“a afirmação da importância da cidadania do desenvolvimento dos cuidados de saúde relacionados com o processo da maternidade encontra-se intimamente ligada à autonomia das parturientes e à sua participação nos cuidados que lhe são prestados” (TERESO, 2005, p.15).

A problemática de restrição à grávida/casal do exercício de autonomia nasce de uma prática de obstetrícia e de assistência ao parto uniformizada e intervencionista destituindo a mulher do seu papel ativo, causando-lhe insatisfação e medo (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO), 2009). Também “em Portugal, a obstetrícia, tal como acontece nas sociedades europeias ocidentais, encontra-se dominada pela ideologia do risco e é operacionalizada pelo potencial tecnológico...” (TERESO, 2005, p.16). De acordo com as orientações da OMS é necessário encontrar

“estratégias para promover o parto normal, como evento fisiológico na vida da mulher, com a menor intervenção técnica possível, de modo a que a parturiente possa tomar decisões informadas, possa participar ativamente no decurso do parto garantindo o acesso e a qualidade na assistência ao parto normal” (APEO, 2009, p. 5).

Segundo Otley (2011) a gravidez e o nascimento são eventos normais e fisiológicos, aos quais são atribuídos um grande significado emocional, psicológico e cultural para as mulheres e suas famílias. Contudo a sensação de perda de controlo da mulher e a fraca participação provoca sentimentos de medo e faz com que a gravidez e parto sejam experienciados de forma negativa. O mesmo autor refere que uma experiência não satisfatória de parto é um fator predisponente de depressão pós-parto e stress pós-traumático, interferindo negativamente no retorno à vida afetivo/sexual e na relação com o bebé. O nascimento é, então, um evento complexo e uma importante experiência de vida para a mulher com repercussões a longo prazo. Logo a forma como este momento é vivenciado influencia o bem-estar da mulher, da criança e a relação entre o casal, salientam Berg, Lundgren e Lindmark (2003).

Cuidados pré-natais standardizados e trabalho de parto e parto medicalizados interferem fortemente com o decurso da natureza, e consequentemente com a forma da mulher vivenciar a maternidade (Lothian, 2008). É deste modo enfatizada a importância da prestação de cuidados de qualidade através da oferta de informação, acompanhamento, e defesa durante todo o processo de gravidez e parto para beneficiar a experiência da mulher durante a gravidez e parto. Hugo Sabatino (1992) defende o atendimento humanizado, com ênfase na educação ao casal grávido e com o objetivo de promover a participação ativa e informada de ambos na gestação, trabalho de parto, parto e nascimento.

Importa definir os conceitos importantes deste Relatório:

– **Mulher/casal:**

“Define-se a Mulher no ciclo reprodutivo como a entidade beneficiária de cuidados desta especialidade, tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se (a Mulher, como entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais; e numa perspetiva coletiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns)” (OE, 2010, p.1).

– **Autonomia:** “pressupõe que aquele que é cuidado seja capaz de tomar decisões por si próprio, em função das suas crenças e valores.” (LEITÃO, 2010 p.8)

- **Trabalho de parto:** “o conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez postos em marcha conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (GRAÇA, 2010, p. 309). Lodwermilk e Perry salientam que o trabalho de parto divide-se em quatro estádios.

“o primeiro estágio do trabalho de parto decorre desde o início da dilatação até à dilatação completa do colo do útero. O segundo estágio vai desde a dilatação completa até ao nascimento da criança. O terceiro estágio transcorre desde o nascimento do bebé até à expulsão da placenta. O quarto estágio diz respeito às primeiras duas horas após o parto” (LOWDERMILK E PERRY, 2008, p.345).

A elaboração deste Relatório vem proporcionar uma reflexão e justificação da aquisição e desenvolvimento de competências, uma vez “os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a refletir sobre as práticas” (DIAS, 2006, p.17).

Desta forma os objetivos deste Relatório de Estágio são:

- Analisar e refletir sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do Estágio para a aquisição de competências no cuidado de enfermagem especializado no âmbito da saúde materna e obstetrícia;
- Refletir sobre as experiências de aprendizagem, à luz da evidência científica;
- Desenvolver um estudo direcionado para as intervenções do EESMO, promotoras da autonomia da mulher/casal e baseado na metodologia de Revisão Sistemática da Literatura;
- Apresentar as competências adquiridas, com vista à obtenção do Curso de Especialização em Enfermagem de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O modelo conceptual que orienta o planeamento das atividades é o modelo do Autocuidado de Dorothea Orem. Esta autora apoia as suas ideias na liberdade humana, atribuindo às pessoas um potencial variável para cuidarem de si mesmas por meio de capacidades adquiridas e desenvolvidas durante toda a vida, que são sedimentadas pela própria experiência e fortemente estimulada pelos cuidados de enfermagem (Pereira, 2005). Salienta que devem ser tidas em conta as características e necessidades das mulheres durante o ciclo de vida gravítico e puerperal, inseridas na família e comunidade. Esta teoria adequa-se assim à mulher em contexto familiar e favorece a sua participação ativa na gravidez e parto, indo ao encontro dos objetivos delineados.

Este Relatório está estruturado da seguinte forma: começo por apresentar o enquadramento teórico definindo também a teoria de enfermagem de referência; depois abordo a metodologia de trabalho, é apresentada a revisão sistemática da literatura e delineado o plano de trabalho adequado ao modelo teórico adotado; depois exponho uma descrição, análise e prática baseada na evidência bem como avaliação das atividades à luz dos resultados; por fim na conclusão sumário os aspetos mais relevantes deste percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Para a elaboração deste trabalho foram utilizadas as normas de apresentação de trabalhos escritos da NP 405, adotadas pela ESEL.

2. QUADRO DE REFERÊNCIA

Decorrente de uma pesquisa bibliográfica com a finalidade de clarificar a legitimidade dos conceitos, surge o Quadro de Referência que “permite ao investigador ligar o conjunto dos documentos num domínio ou num campo de conhecimentos” (FORTIN, 1999, p.85). Fundamenta-se desta forma a temática que reflete um paradigma de enfermagem norteador.

2.1. Enquadramento Teórico

2.1.1. Conceito de Autonomia

O termo autonomia deriva etimologicamente das palavras grega auto (próprio) e nomos (regra), podendo ser interpretado de forma literal com a lei do próprio. Patrão Neves (2001) explica-nos que inicialmente este termo estava relacionado com a política, referindo-se ao estatuto das cidades do estado grego, que tinham leis próprias e eram responsáveis pelas suas decisões jurídicas. A cultura grega considerava que existia algo que dependia somente das convenções e regras instituídas pelo homem.

A autonomia é desta forma entendida como sendo a lei que se dá a si próprio.

Aristóteles aborda a autonomia sobre ponto de vista da Ética. Este filósofo na sua obra “Ética a Nicómaco” afirma que só os atos livres podem ser morais, enquanto que os atos feitos por coação ou ignorância não o são (Leitão, 2010). Depreende-se já com Aristóteles os conceitos de informação e de ato livre e esclarecido, para o exercício da autonomia.

Com o Cristianismo constrói-se a noção de pessoa. O homem passa a ter uma esfera individual, espiritual e ética. No entanto, sobre este assunto, Leitão (2010) clarifica que a noção de pessoa só existia em relação com o outro, mediatizada por Deus, “aqui a mulher grávida correspondia a um desígnio divino, bem como seriam todos os momentos porque teria que passar até ao nascimento do seu filho” (LEITÃO, 2010 p.18).

O insurgir do racionalismo, trouxe uma nova importância ao conhecimento e à razão, que adquirem uma nova importância. Acerca desta temática Patrão Neves (2001) acrescenta que os racionalistas consideram que é a razão que dá ao homem a capacidade de realizar, não necessitando de nenhuma autoridade exterior que lhe indique qual o curso da ação. Verifica-se assim, um regresso aos conceitos enunciados por Aristóteles, a que é acrescida a noção de liberdade. Descartes foca-se neste ponto, pois explora os

conceitos de liberdade inerentes à autonomia e livre arbítrio. Segundo este filósofo, o conceito de livre arbítrio “implica necessariamente um determinismo no agir pela limitação da escolha, enquanto que ao falar de liberdade de forma ampla, reportamo-nos necessariamente a um conceito de determinação do agir” (LEITÃO, 2010 p.19).

Mais tarde Kant sugere que a razão não constitui um determinismo Universal para o exercício da autonomia uma vez que a

“pessoa é o sujeito cujas ações são suscetíveis de uma imputação. A personalidade moral, portanto, é apenas a liberdade de um ser racional submetido a leis morais (mas psicológica é unicamente a faculdade de se tornar consciente da identidade de si mesmo nos distintos estados da própria existência” (KANT, 2004, p.28).

Kant atribui assim responsabilidade ao exercício da autonomia. O mesmo autor refere-se à autonomia como sendo universal: “age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal” (KANT, 1974, p.223).

Verifica-se que a Autonomia é um atributo do indivíduo e que tem vários significados: autodeterminação, decisão própria, liberdade de direitos, vontade própria ou direito sobre a sua própria pessoa (SCOTT, 2003).

Em relação ao Respeito pela Autonomia, Beauchamp e Childress (1979) constroem um Modelo teórico à Autonomia Princípalista baseado em quatro princípios: Beneficência, Não Maleficiência, Justiça e Respeito pela Autonomia. Estes quatro princípios vão fundamentar o agir moral na ética biomédica e são interpretados caso a caso, tendo como finalidade a efetivação da autodeterminação da pessoa como ser social. O princípio do Respeito pela Autonomia fundamenta-se na noção de consideração ao indivíduo na realização dos seus objetivos desde que não prejudiquem o próximo, e no conceito de Kant de que se deve respeitar o ser humano como fim em si mesmo.

“é por isto que a informação antecede as escolhas, de forma a que possam ser livres e esclarecidas e para que, subsequentemente, se devam respeitar essas mesmas decisões. Encontramos, muitas vezes, este princípio, tanto no respeito pelas pessoas, como na proteção da privacidade e da intimidade, no consentimento informado, na aceitação ou recusa de tratamento” (OE, 2003, p.53).

Savater (1999) clarifica então o conceito de autonomia como “a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um” (SAVATER, 1999, p.209).

2.1.2. Autonomia e Consentimento em Cuidados de Saúde

O direito à autonomia não deve ser considerado um meio para atingir, mas sim uma finalidade dos cuidados de saúde de forma a proceder-se ao respeito pela pessoa (Filipe, 1998). Com a transmissão de informação pretende-se dar a conhecer à pessoa os riscos, benefícios e implicações dos procedimentos a que irá ser submetida, com o objetivo de facilitar a tomada de decisão livre e esclarecida (o que nos remete para a Lei de Bases da Saúde 48/90 de 24 de agosto). Assim o profissional de saúde deve prestar informação à pessoa, que tem o direito de estar devidamente informada, para que possa decidir sobre si e sobre a sua situação – autonomia.

Está ainda associado com os Direitos dos Doentes, onde estão explícitos estes conceitos nos seguintes pontos:

“5. O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.

6. O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde” (Carta dos direitos e deveres dos doentes, 1998).

Assim, este deve conhecer a natureza dos cuidados que vai receber, a sua finalidade e consequências.

O enfermeiro tem, no exercício da sua profissão, a responsabilidade de respeitar estes direitos, pois “no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos” (DECRETO-LEI nº 161/96). Ainda acerca deste assunto, está consagrado no Código Deontológico do Enfermeiro que “as intervenções do Enfermeiro são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2003, p.21). O mesmo documento esclarece que “são valores universais a observar na relação profissional, (...) a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum...” (OE, 2003, p.24). Ainda, o enfermeiro

“no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2003, p.71).

Constata-se desta forma que o respeito, reconhecimento e defesa da autonomia deve ser honrado pelos enfermeiros por razões morais, éticas e profissionais; assim “o enfermeiro

deve respeitar sempre a autonomia do doente e qualquer intervenção neste, deve contar com a sua aceitação sempre que o seu estado mental o permita” (ALMEIDA, 2007, p.59). Neste contexto é importante definir paternalismo, distinguindo-o de autonomia. Para Melia (1989) paternalismo é quando os profissionais de saúde fazem escolhas acerca do tratamento de doentes, no que julgam no melhor interesse deles, sobrepondo-se o princípio da beneficência. Logo “a autonomia é a concretização de um princípio, enquanto o paternalismo é uma forma de comportamento” (ALMEIDA, 2007, p.45). O consentimento informado surge para que o indivíduo, utilizador dos cuidados de saúde, venha participar nas tomadas de decisão respeitantes a si próprio. Desta forma, na prestação de cuidados de saúde, o exercício da autonomia consiste na expressão do consentimento informado, em que “o doente deve ser um agente ativo em todo o processo e, o enfermeiro deve procurar proteger a sua autonomia e dignidade” (ALMEIDA, 2007, p.5).

É de salientar que o consentimento informado é mais do que uma simples autorização, pois resulta da reflexão e deliberação profundas, sendo “um dos corolários do primeiro princípio da bioética: autonomia de todo e qualquer Ser Humano, baseado na dignidade da pessoa e no direito que ela tem à sua autorrealização individual” (ARCHER, 1999, p.6). É importante referir que Beauchamp e Childress (1979) dividem o consentimento informado em cinco elementos: competência, comunicação, compreensão, voluntariedade e consentimento. Assim para a pessoa proceder ao consentimento informado, tem que ser competente para agir, receber a informação, compreender a informação, decidir e de autorizar a intervenção.

2.1.3. Autonomia durante o Trabalho de Parto

As mulheres historicamente planearam o nascimento dos seus filhos. Com a hospitalização do parto, os médicos e os enfermeiros passaram a ser os detentores de informação e a decidir acerca dos procedimentos a realizar (Lothian, 2006). Esta autora refere que este paradigma tem vindo a mudar nos últimos anos, já que as mulheres são cada vez mais chamadas a exercer a sua autonomia. Há “muitas alternativas disponíveis para os diferentes tipos de parto, devendo os futuros pais estar suficientemente bem informados para se implicarem” (BRAZELTON, 1992, p.67). No entanto, apesar das escolhas da mulher “os profissionais deverão ter sempre em conta os princípios enunciados no modelo principialista – Beneficência, Não Maleficência, Autonomia e Justiça” (LEITÃO, 2010, p.31). Este autor refere que a mulher, ainda que devidamente esclarecida, poderá escolher a opção com mais desvantagens, como por exemplo a

escolha de parto por cesariana em detrimento ao parto vaginal. Neste caso poderá por em causa recursos limitados – não respeitando o princípio de Justiça –, ou pelo contrário em situações que seja aconselhada a cesariana e a mulher optar pelo parto vaginal poderá por em causa a sua segurança e a do bebé – não respeitando o princípio de Não Maleficência. Verifica-se assim que o “exercício da autonomia se constitui como um processo onde a capacidade de decisão nem sempre se toma como sinónimo a capacidade de exercer autonomia” (LEITÃO, 2010, p.32).

Assim sendo, torna-se impreterível incluir a mulher nos cuidados através de um processo informativo que deve ser realizado ao longo da gravidez, explicando o fundamento dos cuidados. As “mulheres grávidas precisam de estar informadas, discutir e decidir em conjunto com os profissionais de saúde que as atendem.¹” (GOBIERNO DE ESPAÑA, 2007, p.46).

“nos nossos dias, para que as mulheres tenham participação ativa e poder de decisão no que diz respeito à sua saúde, elas e as suas famílias têm que conhecer em profundidade o período reprodutivo que atravessam, envolverem-se nos cuidados que recebem e participarem ativamente no momento do parto. Isto pode ser favorecido pela informação adequada e suficiente no momento oportuno, acerca das melhores práticas existentes para obter os melhores resultados¹” (GOBIERNO DE ESPAÑA, 2008, p.46).

O mesmo autor refere que para promover o *empowerment* das mulheres e a vivência destas como principais intervenientes durante o parto, é fundamental proporcionar-lhes informação adequada e atempada.

Brazelton (2002) refere que este processo permite aumentar a confiança e o sentimento competência, os quais irão influenciar todo o processo de vivência da maternidade. Neste sentido o mesmo autor refere que o exercício da autonomia durante o parto está diretamente relacionado com uma perceção positiva do parto, pois

“a gravidez transcende o momento da conceção assim como a maternidade transcende o momento do parto. Mais do que acontecimentos e embora com durações temporais diferentes, gravidez e maternidade são processos. Do ponto de vista psicológico são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento” (CANAVARRO, 2001 p.19).

1 - Tradução da Autora

2.1.4. Vivência da Maternidade/Parentalidade

A parentalidade

“é uma área de intervenção e investigação que tem por base o modelo biopsicossocial, em que o indivíduo é abordado de forma holística, como uma síntese complexa das suas múltiplas dimensões – física, cognitiva, afetiva, comportamental, interpessoal, sociocultural (...). Todos estes fatores (biológicos, psicológicos e sociais) são considerados como elementos determinantes na adaptação à etapa do ciclo de vida marcada pela maternidade” (CANAVARRO, 2001, p.11).

A forma como o tempo, a cultura e a sociedade percecionam a maternidade “tem grande impacto na experiência de gravidez e de maternidade da mulher como pessoa única” (CANAVARRO, 2001 p.18). Desta forma a maternidade tem que ser enquadrada numa perspetiva histórica e sociocultural. Ainda assim, em quase todas as épocas e em quase todas as culturas, ocupa um lugar central (Barbaut, 1990; Kitzinger, 1978). Para Pinto-Correia (1999) cit. por Canavarro (2001) esse facto deve-se à reprodução ser a possibilidade de preservação da espécie e a continuidade de uma cultura específica. Quando uma mulher engravida e tem filhos “entra num domínio que vai para além da sua experiência pessoal e se liga ao coletivo” (Kitzinger, 1978, p.18). O nascimento de um filho representa assim para a família “uma fase de transição do seu ciclo evolutivo, comportando-se como uma fonte de stress esperável e normativa (crise)” (RELVAS e LOURENÇO, 2001 p.122). Neste processo de transição ocorrem transformações biológicas, sociais, físicas e psicológicas provocando uma gestão de stress mais ou menos acentuado, com maior ou menor risco explica Canavarro (2001). Daí que sejam fundamentais projetos de saúde para esta fase. Desta forma, “prestar assistência à família ao longo do seu ciclo de desenvolvimento, nomeadamente nas etapas significativas da vida dos seus elementos, especialmente tornar-se mãe e tornar-se pai, assume-se como uma prioridade para os enfermeiros” (SOARES, 2008, p.12).

Durante a gravidez têm início as alterações físicas que preludiam a alteração do papel social. A gravidez vai culminar no parto, não podendo ser este momento considerado como um simples ato fisiológico, pois tem influências psicológicas e sócio-culturais (Leitão, 2010). O mesmo autor explica que a mulher ao ser internada tem, frequentemente, uma sensação de perda de controlo da situação, e a sua capacidade de tomar decisões pode estar diminuída.

“apesar desta aparente perda de controlo, a sua autonomia não deverá nunca ser posta em causa, mas sim recentrada nos seus limites, procurando responder da forma mais correta às

suas necessidades e capacidades. O papel dos profissionais de saúde não é o de decidir pela mulher e família, mas acima de tudo negociar, orientar e coordenar esforços para ir de encontro às necessidades reais e sentidas, procurando dar resposta às solicitações que lhes são colocadas, da melhor forma possível e em respeito pelas melhores práticas” (LEITÃO, 2010, p. 15).

2.2. Enquadramento Conceptual

Pereira (2005) citando Resende (1998) refere que os cuidados prestados em obstetrícia têm como foco principal a garantia de um pré-natal e parto seguros e humanizados, e que devem estar sempre baseados na experiência, conhecimentos teóricos, observação clínica e pesquisa científica. Uma das melhores formas da enfermagem contribuir para a qualidade e humanização da assistência é a implementação do cuidar com a coparticipação da pessoa.

A gravidez é um evento fisiológico caracterizado por uma adaptação imposta por alterações físicas, psicológicas e sociais (Lowdermilk e Perry, 2008). Estas modificações constituem um referencial teórico importante para a fundamentação da assistência pré-natal. A OMS (1996) defende que cada gravidez é única e singular e deve ser abordada de forma holística e multidisciplinar inserindo a mulher no contexto familiar.

Dupas *et al* (1994) referem que a teoria de Orem baseia-se no princípio de sistemas de enfermagem formados pela prática para prescrever, elaborar e fornecer cuidados a indivíduos e grupos executando ações ou sistemas de ações. Estas ações têm como objetivo dar-lhes a competência para desenvolver o autocuidado. Descrevem assim as ações da relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas exigências de autocuidado. Esta é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a própria vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001). A autora explica o autocuidado como uma capacidade adquirida pela pessoa, voltada para o cuidado consigo mesma, com o objetivo de atender as suas próprias exigências de autocuidado, regulação, funcionamento, manutenção e promoção da integridade física e desenvolvimento do seu bem-estar. É a prática de atividades que os indivíduos realizam para o seu próprio benefício, manter a vida e o bem-estar.

A capacidade de empreender o autocuidado é condicionada por fatores básicos como a idade, o estágio de desenvolvimento, estado de saúde e orientação sociocultural, fatores

do sistema de cuidados, padrões de vida, ambiente, disponibilidade e adequação de recursos.

Segundo a autora, as carências de autocuidado podem ser:

- Universais – “comuns a todos os seres humanos e estão relacionados com o processo que dizem respeito à conservação da integridade da estrutura e funcionamento do ser humano e bem-estar geral” (OREM, 1993, p.140);
- Desenvolvimento – “processos de desenvolvimento humano e ambiente em que ele vive, que se relacionam com acontecimentos do ciclo vital” (OREM, 1993, p.140);
- Desvio da saúde – “estão associados a defeitos constitucionais, genéticos e desvios humanos estruturais e funcionais, com os seus efeitos e com medidas de diagnóstico e tratamento médico” (OREM. 1993, p.141)

Segundo Orem, quando existe uma exigência de autocuidado e a própria pessoa não possui capacidade de a satisfazer, existe um desequilíbrio. É esse desequilíbrio ou déficit de autocuidado que determina as necessidades de intervenção de enfermagem. A intervenção de enfermagem deve assim satisfazer o déficit de autocuidado através de cinco métodos de ajuda: fazer por; dar suporte; orientar; ensinar; organizar o ambiente que conduza ao desenvolvimento. Desta forma e de acordo com a mesma autora o sistema de enfermagem pode ser:

- Compensatório – no qual a prática de autocuidado é limitada, cabendo à enfermeira a totalidade das ações por meio de autocuidado terapêutico.
- Parcialmente compensatório – quando tanto a enfermeira como a pessoa podem desempenhar o papel principal do autocuidado.
- Suporte e educação – o papel da enfermeira é promover o indivíduo como agente de autocuidado.

Na teoria de Orem a assistência de enfermagem consiste num processo organizado e controlado orientado para atingir uma finalidade que é a autonomia do indivíduo que é constituído por três etapas:

1. Colheita de dados – fase de diagnóstico e prescrição que determina a necessidade de cuidados;
2. Seleção do sistema de assistência à pessoa e planeamento da assistência;
3. Execução, controle das intervenções planeadas e posterior avaliação e atualização do plano de intervenção.

Deste modo, segundo esta teoria, metaparadigma quando confrontado com a grávida/casal é:

- Pessoa: um ser autodeterminado com ação determinada. Tem a capacidade para avaliar e refletir sobre as situações (Orem, 2001). A mulher/casal tem a capacidade de participar nas decisões sobre a sua gravidez e parto.
- Enfermagem: uma ação realizada de forma deliberada que possibilita à pessoa seleção de ações positivas em relação a si mesma (Orem, 2001). São exemplo, as intervenções adotadas para a otimização da saúde da mulher e do recém-nascido.
- Ambiente: Interage com a pessoa. Tem influência no impacto para a saúde e bem-estar e as suas características podem ser reguladas em prol do bem-estar das pessoas (Orem, 2001). Os recursos disponíveis para a vivência de uma gravidez saudável são disto exemplo.
- Saúde: é uma entidade holística e unitária do ser humano. Integra a saúde física, psicológica, interpessoal e dos aspetos sociais (Orem, 2001).

Sendo o parto um conjunto de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, exigem da mulher e dos profissionais de saúde a adoção de um conjunto de intervenções para manter o equilíbrio. Pelo seu alto nível de competências técnicas e científicas, o EESMO detém um papel de primordial importância durante este processo promovendo uma assistência segura e responsável da mulher/casal de modo a que estes se sintam seguros, envolvidos e participantes durante o processo de nascimento.

A mobilização dos conceitos essenciais do Modelo de Dorothea Orem será realizada na análise dos resultados, com a relação entre a prática clínica e os resultados dos estudos selecionados na Revisão da Literatura.

3. METODOLOGIA

“a investigação tem por objetivo o avanço de uma disciplina pelo esboço de teorias e a elaboração de novas práticas. Para este fim requiere-se que o investigador tome conhecimento dos trabalhos anteriores que levaram a conclusões provadas (...). A investigação documental inscreve-se neste contexto e propõe um processo lógico para a consulta de referências gerais” (FORTIN, 1999, p.76).

De forma a refletir a adequação ao problema é necessária uma descrição do planeamento das atividades que tem por base o Modelo Conceptual que orienta o trabalho.

3.1. Finalidade e Objetivos

O Estágio com Relatório tem como finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências para o cuidado de enfermagem especializado em Saúde Materna e Obstetrícia.

A formação do EESMO e o desenvolvimento das suas competências especializadas deve estar em concordância com o definido nas Diretivas europeias relativas ao reconhecimento das suas qualificações profissionais, publicada na Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho das Comunidades Europeias de 7 de setembro, e transposta para o direito nacional na Lei nº 9/2009 de 4 de março, na definição das Competências Essenciais à Prática da Enfermagem Obstétrica do ICM, e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (OE, 2010).

Para além dos documentos acima referidos, serviram ainda de base ao meu desempenho:

- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;
- Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, da Internacional Planned Parenthood Federation;
- Guia prático, da OMS, sobre a assistência ao parto normal;
- Código Deontológico do Enfermeiro.

Procurei desta forma, para além de basear a minha prestação de cuidados nos quadros legal e deontológico atuais, assenta-la numa perspetiva de desenvolvimento de

competências e respeito pela fisiologia da gravidez, parto e puerpério, autonomia da mulher e adequação dos recursos (técnicos e relacionais).

Uma vez que um Projeto não é estanque, mas sim dinâmico, pois permite flexibilidade e reajustamento dos seus procedimentos (Leite *et al*, 2001), após reflexão e vivência de experiências verifiquei que os objetivos inicialmente propostos no Projeto de Estágio se revelaram pouco abrangentes e não continham as necessidades de aprendizagem e aquisição de competências fundamentais. Deste modo, procedi à reformulação de novos objetivos de acordo com os pressupostos acima descritos e os meus interesses pessoais:

- **Objetivo 1 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados pré-natais ou em situação de abortamento/morte fetal à mulher/casal no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.**
- **Objetivo 2 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/família a vivenciar processos de doença ginecológica no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.**
- **Objetivo 3 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/família durante os quatro estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada.**
- **Objetivo 4 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, normal e de risco.**
- **Objetivo 5 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na promoção do parto normal.**
- **Objetivo 6 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que promovam a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.**

3.2. Revisão Sistemática da Literatura

A Investigação “propõe um processo lógico para a consulta das referências gerais” (FORTIN, 1999, p.76). Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi

formulada a seguinte questão em formato PI[C]O: “Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, promotoras da autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto?”.

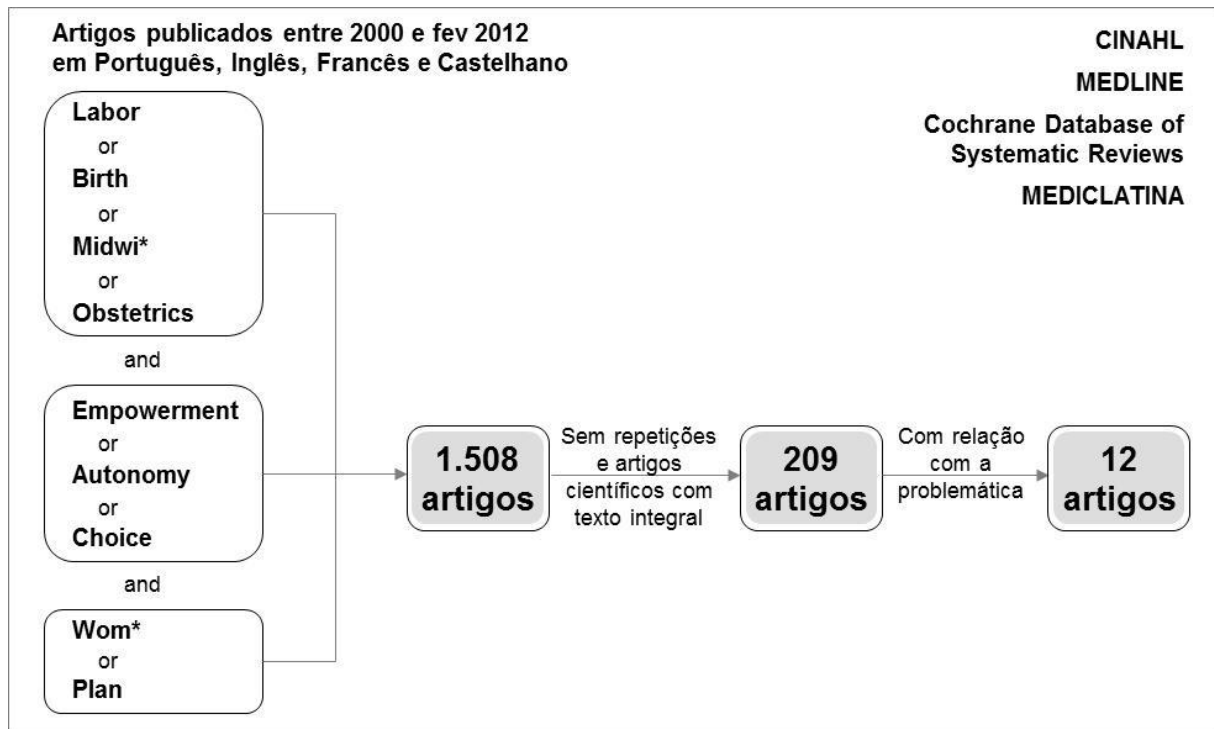
A partir daqui definiram-se os principais conceitos e elaborou-se a lista de palavras-chave como está no quadro abaixo demonstrado:

Tabela 1 – Metodologia de Pesquisa

P	Participantes	Mulher/casal	Palavras-chave
I	Intervenções	Intervenções especializadas do EESMO no trabalho de parto	Labor, Birth, Midwi*, Obstetrics, Empowerment, Autonomy, Choice, Wom*
O	Resultados	Promoção da autonomia	

Foi consultado o motor de busca EBSCOhost, com acesso a quatro bases de dados: CINAHL (*Plus with Full Text*), MEDLINE (*Plus with Full Text*), Cochrane Database of Systematic Reviews e MEDICLATINA. Por meio de pesquisa de operadores booleanos foram introduzidas as palavras-chave ligando as que pertencem a conceitos diferentes por AND. As palavras-chave foram procuradas em texto integral entre julho de 2011 e fevereiro de 2012 retrospectivamente até 2000. Guyatt et al (2008) preconizam que as revisões sistemáticas da literatura tenham em conta a evidência dos últimos cinco anos. No entanto, considerou-se um período temporal de doze anos, de modo a beneficiar de uma maior abrangência face ao conhecimento existente sobre a matéria em análise. Os critérios de inclusão de artigos privilegiaram os artigos baseados em estudos científicos com foco na problemática delineada. Como é possível observar na figura 1, foram expurgados todos os artigos ou linhas de orientação para a prática clínica sem relação com a problemática em estudo, repetidos, com data anterior a 2000; que não apresentassem texto completo, em línguas que não o Português, Inglês, Francês e Castelhana, que não fossem estudos científicos e todos aqueles sem relação com o objeto de estudo, tendo sido estes os critérios de exclusão.

Figura 1 – Processo de Seleção dos Artigos da Revisão Sistemática da Literatura.



No final obteve-se 12 artigos (tabela 2) que foram analisados e cujos resultados foram comparados.

Tabela 2 – Artigos Seleccionados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Objetivos do estudo	Participantes	Intervenções	Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados	Resultados
Berg, M.; Lundgren, I.; Lindmark, G.: Childbirth Experience in Women at High Risk: Is It Improved by Use of a Birth Plan , 2003, The Journal of Perinatal Education Vol. 12, Nº 2	Averiguar se em grávidas de alto risco existem sentimentos positivos ou negativos mais prevalentes que nas restantes grávidas durante a gravidez e parto. Averiguar se o plano de parto individual pode influenciar positivamente a experiência de parto de uma mulher com gravidez de alto risco.	271 grávidas cujo trabalho de parto decorreu no mesmo hospital.	Foi feito um questionário no final da gestação (após as 33 semanas, seguido de um plano de parto individual realizado conjuntamente pela unidade de cuidados pré-natais, parteira e grávida.	Quantitativo Questionário	A intervenção não melhorou a experiência de parto. O plano de parto não melhorou o sentimento de controlo durante o parto nas grávidas de alto risco. Estas conclusões foram mais prevalentes nas mulheres com gravidezes de alto risco.
Supplee, P; Dawley, K.; Bloch, J.: Tailoring Peripartum Nursing Care for Women of Advanced Maternal Age , 2007, The Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing Vol. 36, Nº 6	Rever a literatura para as evidências de risco a grávidas acima dos 35 anos. Encontrar formas para a customização dos cuidados de enfermagem às grávidas.	n.a.	n.a.	Revisão da literatura conjugada com demográficos atualizados.	O cuidado às grávidas acima de 35 anos tem que abraçar uma abordagem holística para ir ao encontro das necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais durante o parto.

Doherty, M.: Midwifery Care: Reflections of Midwifery Clients , 2010, The Journal of Perinatal Education Vol. 19, Nº 4	Descrever a experiência vivida das grávidas.	12 mulheres que tenham recebido cuidados pré-natais, periparto e pós-parto, por enfermeiras parteiras, em todas as suas gravidezes.	Entrevistas abertas transcritas verbatim, categorizadas e analisadas. A entrevista tinha como objetivo responder à questão "Qual tem sido a sua experiência com os cuidados de parteira?"	Qualitativo Entrevista	Emergiram 5 temas de resposta: 1. Decisão para procurar cuidados de parteira; 2. Trabalho em conjunto numa aliança terapêutica; 3. Formulação de um plano de parto; 4. Educação para o parto; 5. Parteiras como prestadoras de cuidados primários ao longo da vida
Davis, B.: How authoritative texts reinforce the medical model of birth , 2008, British Journal of Midwifery Vol. 16, Nº 4	Compreender como o processo de relações interprofissionais entre enfermeiras parteiras e outros profissionais influencia a experiência da grávida na gravidez e no parto.	10 grávidas, 7 das quais na sua primeira experiência de parto seguido por uma enfermeira parteira.	Entrevistas semiestruturadas e transcritas verbatim, categorizadas e analisadas.	Qualitativo Questionário	Textos e linguagem com pendor médico silenciam e constroem as escolhas das mulheres.
Doherty, M.: Birth Plan Decision Making: Patterns of Interaction , 2000, IJCE Vol. 18, Nº2.	Descrever os padrões de interação entre grávidas e enfermeiras parteiras na construção do plano de parto.	20 grávidas e 8 enfermeiras parteiras com dois anos de experiência clínica.	Foram feitas 20 observações nas consultas pré-natais no terceiro trimestre realizadas pela enfermeira parteira à grávida. As observações foram registradas em notas de campo usando o sistema de notação proposta por Schatzman ad Stauss (1973). O observador foi não participante, realizou observação direta, gravação auditiva e conduziu entrevistas telefónicas gravadas após a visita.	Estudo descritivo. Observação modificada participante e gravação de toda a visita pré-natal com cada diáde. Entrevistas "pós-visita" por telefone com cada grávida e enfermeira parteira separados dentro de 36 horas depois da visita.	Estudo descritivo. Observação modificada participante e gravação de toda a visita pré-natal com cada diáde. Entrevistas "pós-visita" por telefone com cada grávida e enfermeira parteira separados dentro de 36 horas depois da visita.
Jomeen, J.: Choice in childbirth: a realistic expectation? , 2007, British Journal of Midwifery Vol. 15, Nº 8	Explorar e aumentar o conhecimento na prestação de cuidados relacionados com o parto através das experiências das mulheres grávidas.	Mulheres adultas sem historial de complicações médicas ou obstétricas.	Entrevistas conversacionais um-para-um para explorar os aspetos importantes para as grávidas na escolha de cuidados e expectativas de experiências de maternidade.	Qualitativo Entrevistas gravadas	Devido à natureza do parto as grávidas fazem escolhas sem real conhecimento das opções. As mulheres que escolheram o local do parto e cujo parto teve complicações viram o controlo transferido para os peritos (parteiras e médicos). Não há escolha real nos cuidados pós-natais.

Rudman, Ann; El-Khoury, Bassam; Waldenstrom, Ulla: Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach , 2006, Journal of advanced Nursing: Vol. 59, Nº 5, p.474-487	Investigar a satisfação das mulheres no cuidado do intraparto ao longo de três dimensões distintas simultaneamente (cuidado interpessoal, informação e à participação na tomada de decisões e ambiente nascimento físico). Descrever as características das mulheres com diferentes padrões de satisfação.	2605 mulheres suecas grávidas (sem episódios de perdas fetais)	Foram agrupados dados obtidos a partir de um estudo longitudinal de base populacional sueco incluindo 2.605 mulheres que responderam a questionários no início da gravidez, e 2 meses e 1 ano após o nascimento. A colheita de dados começou em março de 1999 e foi concluída em abril de 2002.	Quantitativo Questionários	Foram encontrados nove grupos diferentes, ou padrões de satisfação / insatisfação. Quase metade das mulheres (47%) estavam em grupos que estavam satisfeitos ou muito satisfeito com pelo menos uma dimensão do cuidado. 20% em grupos que foram bastante satisfeitos e 33% em menos de grupos satisfeitos. 15% por cento eram principalmente insatisfeitos com o ambiente físico e 8%, principalmente com o cuidado interpessoal 7% apenas com informações e tomada de decisão e de 3% com todas as dimensões. Mulheres em diferentes grupos diferiram estatisticamente significativa na saúde psicológica em gravidez precoce, reações emocionais durante o parto e nos resultados do trabalho, mas não nas características de fundo.
Maputle, S. M.; Hiss, D. C: Midwives experience of managing women in labour in the Limpopo Province of South Africa 2010, Curationis: Vol. 33, Nº 3, p.5-14	Explorar e descrever as experiências de parteiras que realizaram o parto a mulheres num hospital de atendimento terciário na província de Limpopo.	12 parteiras que trabalham na unidade de parto do hospital de atendimento terciário na província de Limpopo.	Um estudo piloto foi conduzido com 6 parteiras para refinar a questão. O procedimento de perguntas e entrevista não foram alterados e essas parteiras não foram incluídos na amostra principal. As entrevistas foram gravadas e conduzidas em inglês.	Qualitativo, exploratório, descritivo e contextual. Entrevistas fenomenológicas não-estruturadas.	Foram identificadas as seguintes categorias: falta de participação mútua e responsabilidade; dependência e pouca partilha de tomada de decisões; pouco fornecimento de informação, capacitação, autonomia e oportunidades de escolha informada; a falta de uma comunicação aberta; e falta de recursos humanos e infraestruturas.
Christianaens, Wendy; Bracke, Pieter: Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective . 2007, MBC Pregnancy and Childbirth, Vol. 15, Nº 26	Examinar múltiplos determinantes, para o cumprimento das expectativas do parto numa perspectiva transnacional em associação com a satisfação com o parto.	605 Mulheres convidadas a participar no estudo de parteiras e obstetras independentes durante as visitas pré-natais em 2004-2005.	Dois questionários foram preenchidos por 605 mulheres, um a 30 semanas de gravidez e outro dentro das primeiras 2 semanas após o parto em casa ou em um hospital. Destes, 560 questionários foram utilizados para análise.	Quantitativo Questionário	A satisfação com o parto aumenta consoante o cumprimento das expectativas. A experiência de controle pessoal amortece o impacto da dor do parto. Mulheres com sentimento de autoconfiança apresentam maior satisfação.
Sheridan, C.; Yekinni, I; Oyeye, G.; Ogunleye, K.; Oluyede, G; O'Sullivanm K; Greene, R; Higgins, J.: Comparing birth plan preferences among Irish and Nigerian women , 2011, British Journal of Midwifery Vol. 19, Nº 3	Melhorar a compreensão de como diferentes culturas influenciam o impacto das experiências nos serviços de maternidade.	632 grávidas (113 nigerianas e 519 irlandesas) atendidas no mesmo hospital.	Questionário escrito na altura do internamento num serviço pré-natal que questionou as preferências para o cuidado intraparto e pós-parto.	Quantitativo Questionário	Forte relação entre nacionalidade, expectativas e preferências relativamente ao parto.

Otley, Henrietta: Fear of Childbirth: Understanding the causes, impact and treatment , 2011, British Journal of Midwifery Vol. 19, Nº 4	Estudar as causas do medo do parto relacionando com questões para a prática das parteiras.	n.a.	Foi feita uma revisão da literatura estudando as causas multidisciplinares para o medo do parto e feita uma relação com a prática das parteiras.	Revisão da literatura.	Mudanças filosóficas e comportamentais podem ser necessárias para algumas parteiras. Oferecer apoio psicológico adequado durante o período perinatal de forma a promover a satisfação da mulher com sua experiência de parto.
Oweis, Arwa: Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey , 2009, International Journal of Nursing Practice; Vol. 15, p.525-533	Documentar a percepção das mulheres sobre os diferentes aspetos a sua experiência de parto incluindo as expectativas, satisfação e autocontrolo.	Amostra de 177 mulheres que tiveram partos vaginais de bebés saudáveis.	Após efetuada uma extensa revisão da literatura foram efetuados dois questionários elaborados para o estudo em questão e validados.	Quantitativo Questionário	A maioria das mulheres relatou que não ficaram satisfeitas com sua experiência de parto e tiveram pouco sentimento de controlo durante o trabalho de parto. A percepção de satisfação com o parto é proporcional ao sentimento de controlo durante o mesmo. As mulheres ficaram mais satisfeitas quando o parto foi conduzido e efetuado por uma parteira ao invés de um médico obstetra. Para promover a satisfação das mulheres no trabalho de parto as parteiras devem instituir aulas de educação para o parto onde forneçam competências às mulheres para que estas desenvolvem expectativas realistas e positivas. As parteiras devem também estabelecer uma educação continuada durante a saúde reprodutiva, conduzir as mulheres para a gestão adequada da dor no trabalho de parto e permitir a sua participação ativa durante a gravidez e trabalho de parto.

3.3. Entrevistas a Peritos

De forma a obter um conhecimento da realidade prática acerca desta problemática, recorri a entrevistas informais, sendo esta uma técnica de colheita de dados com medidas subjetivas como refere Fortin (1999).

Foram assim consultados peritos em cuidados de enfermagem na área da autonomia da mulher, tendo sido realizadas entrevistas informais a um Enfermeiro Chefe de um Bloco de Partos, a uma EESMO que trabalha no Centro de Saúde e ministra aulas de preparação para o parto, a uma EESMO que trabalha em Bloco de Partos e ministra aulas de preparação para o parto, e, a uma EESMO que elaborou um trabalho de investigação nesta área, publicou e apresentou artigos relacionados com esta temática.

4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O Estágio consiste num “espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico-reflexivas” (Longarito, 2002, p. 28).

O uso da Investigação deve ser privilegiado na tomada de decisão, bem como a reflexão no percurso de aprendizagem, tendo por base o modelo conceptual. Surge assim a Prática Baseada na Evidência que compreende “uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente” (ATTALLAH E CASTRO, 1998 cit. por DOMENICO E IDE, 2003, p.115).

4.1. Caracterização do Local de Estágio

O Estágio foi realizado no Serviço de Bloco de Partos e de Urgência Obstétrica e Ginecológica de um hospital distrital nível 2. Este serviço está integrado no Departamento da Mulher e da Criança do referido hospital.

Este serviço divide-se em Urgência Obstétrica e Ginecológica, Internamento, Bloco de Partos e Sala Operatória.

A Urgência Obstétrica e Ginecológica é constituída por 2 gabinetes de atendimento. Encontra-se aqui agregado o Serviço de Patologia da Gravidez, que é composto por: quarto de indução (com 3 camas); 2 quartos de internamento de grávidas com patologia associada (com 3 camas cada); quarto de internamento de ginecologia de curta duração (com 3 camas) e os espaços de apoio ao serviço.

O espaço físico do bloco de partos é, grosso modo, constituído por cinco boxes individuais com casas de banho privadas com duche. Estas salas estão equipadas com uma unidade para prestar os cuidados imediatos ao recém-nascido e com todo o material necessário para acompanhar a mulher e/ou recém-nascido até à sua transferência. Todas as salas têm camas reguláveis e adaptáveis ao trabalho de parto, à exceção da sala 5 que contém uma piscina para a realização de imersão e parto na água.

Todas as senhoras internadas no Bloco de Partos e na Sala de Indução podem estar monitorizadas pelos CTG que estão ligados em Central onde é possível a visualização do traçado em tempo real em 5 monitores distribuídos pela Urgência Obstétrica e

Ginecológica, salas de pausa de enfermagem, corredor do bloco de partos e sala dos médicos.

Existe ainda uma sala operatória de cuidados pós-anestésicos que é onde se realizam as cesarianas e as curetagens uterinas.

Para dar apoio ao bloco de partos existe um carro de urgência e uma incubadora de transporte que dá resposta ao departamento da mulher e da criança (Bloco de Partos; Neonatologia; Urgência Pediátrica e Puerpério).

Aqui prestam cuidados de Enfermagem 26 EESMO e 11 enfermeiras generalistas e Enfermeiro Chefe. Em cada turno são destacados desta equipa de enfermagem 6 enfermeiros distribuídos da seguinte forma: 1 EESMO na Urgência Obstétrica e Ginecológica, 1 EESMO no Internamento; 2 EESMO e duas enfermeiras generalistas no Bloco de Partos. De realçar que em cada turno existe um chefe de equipa (sempre um EESMO) que é responsável pela gestão do turno. A metodologia de trabalho é o método individual de trabalho.

Importa referir que durante o ano de 2011, o número de partos ocorrido neste serviço foi de 1802.

4.2 Descrição e Análise das Atividades

O serviço acima descrito é o local de trabalho onde desempenho funções de Enfermeira nível 1 desde setembro de 2008. Assim, já detinha um conhecimento prévio da equipa multidisciplinar, normas de atuação e da dinâmica do serviço, estando já integrada e adaptada a esta unidade. Contava com alguns saberes e competências no cuidar em obstetrícia decorrentes da minha prática profissional diária e da observação e cooperação com EESMO. Não obstava mais-valia da minha experiência profissional, enquanto aluna de EESMO tive que desenvolver e adquirir novos conhecimentos e competências de enfermagem especializadas. Compreendi que o papel do EESMO passa por resolver situações complexas e reveste-se de maior poder de decisão e responsabilidade.

Durante a realização deste Estágio desenvolvi intervenções autónomas e interdependentes à mulher inserida na família e comunidade em contexto de Urgência Obstétrica e Ginecológica e em contexto de Bloco de Partos. Os cuidados tiveram por base o modelo teórico de Orem, com a aplicação do sistema compensatório, de educação e de suporte.

Para a prossecução de todos os objetivos definidos, senti necessidade realizar ao longo do Estágio revisão de literatura, de reconsulta das normas e procedimentos do Serviço, e de aprofundamento de conhecimentos através dos saberes e esclarecimentos transmitidos pela enfermeira orientadora e outras EESMO, indo ao encontro do preconizado pela ICM, pois o EESMO “mantém/atualiza os seus conhecimentos e competências, a fim de se manter atualizada” (ICM, 2010, p.4).

Também procedi constantemente à reflexão acerca das experiências vivenciadas, muitas vezes com a enfermeira orientadora, tendo até promovido momentos de brainstorming junto da equipa de enfermagem que me permitiram um ganho de conhecimentos pela partilha dos diferentes saberes e experiências. De facto, o EESMO deve ter competência para “participar em discussões de educação para a saúde com e para as mulheres e as suas famílias” (ICM, 2010, p.4). Os diários de aprendizagem (apêndices 2 e 3) formalizam reflexões acerca de duas situações vivenciadas.

Existiram alguns aspetos que foram comuns para o atingir de todos os objetivos estabelecidos como o acolhimento caloroso da mulher/casal, apresentando-me e estabelecendo desde o primeiro contacto uma relação empática, demonstrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e desmistificação de receios inerentes a este momento, e promovendo um clima de confiança, pois

“o momento do internamento hospitalar reveste-se de alguma ansiedade para qualquer indivíduo. No contexto específico da gravidez e do trabalho de parto assume uma particularidade, associada à ansiedade e ao medo do desconhecido de que se revestem os momentos que procedem o nascimento do bebé” (GRAÇA, 2008, p.164).

Por esta razão, sempre que admiti uma mulher no serviço, tentei integrá-la no espaço físico, fornecendo-lhe informações de ordem geral. Prestei sempre cuidados de forma personalizada, tendo em conta a perspetiva cultural relacionada com o parto manifestada pelo casal. Procurei sempre adotar uma comunicação eficaz e adequada à pessoa, com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança e segurança já que o EESMO “comporta-se de modo cortês, não crítico, não discriminatório e culturalmente adequado com todos os clientes” (ICM, 2010, p. 4).

A presença do acompanhante foi também um aspeto sempre tido em conta, dando a possibilidade à mulher de estar ou não acompanhada por uma pessoa significativa à sua escolha pois o EESMO vai “facilitar a presença de uma pessoa que preste apoio durante o trabalho de parto e o parto” (ICM, 2010, p.12). Desenvolvi perante o acompanhante

atitudes e comportamentos que demonstrassem serenidade e esclarecimento, promovendo sempre o seu papel ativo.

Tive sempre em conta as questões éticas que regem a profissão, valorizando a privacidade da mulher, o respeito, o sigilo profissional, a autonomia e o consentimento informado, pois o EESMO “age consistentemente de acordo com a ética profissional, os valores e os direitos humanos” (ICM, 2010, p.4).

Adquiri e desenvolvi competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados especializados à mulher durante o **período pré-natal ou em situação de abortamento/morte fetal** à mulher/casal no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (objetivo 1²); adquiri e desenvolvi competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados especializados à mulher a vivenciar **processos de saúde/doença ginecológica** no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (objetivo 2³). Este é o serviço de acesso ao Bloco de Partos, Internamento Ginecológico de curta duração e, Patologia da Gravidez, ao qual recorrem mulheres grávidas, muitas vezes referenciadas da consulta externa, centro de saúde, consulta particular ou vindas diretamente do domicílio por patologia obstétrica ou ginecológica, em abortamento, para indução do trabalho de parto ou em trabalho de parto.

Uma vez que o EESMO “diagnostica e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (OE, 2010, p.4) e “diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e mama” (OE, 2010, p.7), procedi à triagem de enfermagem, onde mediante entrevista aferi o motivo da vinda, avaliei sinais vitais e sinais e sintomas, realizei observação de exames e de outros dados relevantes, estabeleci as intervenções de enfermagem e estipulei a prioridade do atendimento médico.

Detetei sinais e sintomas de gravidez, trabalho de parto, abortamento. Assim prestei cuidados a 68 mulheres durante o período pré-natal cujas patologias mais frequentes foram: hipertensão induzida pela gravidez, ameaça de parto pré-termo, infeções do trato urinário.

2 - Objetivo 1 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados pré-natais ou em situação de abortamento/morte fetal à mulher/casal no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.

3 - Objetivo 2 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/casal/família a vivenciar processos de doença ginecológica no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica.

Na grávida mediante a idade gestacional e sintomatologia procedi à realização de avaliação de bem-estar materno-fetal “pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2010, p.4) – realização e interpretação de cardiotocograma, auscultação de batimentos cardíacos fetais, avaliação de cervicometria, integridade das membranas e características de LA, apresentação e características da bacia obstétrica. Procedi ainda à identificação e orientação da grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.

Monitorizei as situações de abortamento de forma a desenvolver as intervenções mais adequadas. Ofereci apoio à mulher e família nesta situação, mostrando disponibilidade, empatia e respeitando os momentos de silêncios.

Atendi ainda 29 mulheres com afeções do foro ginecológico cujas situações mais frequentes foram infeções vaginais e metrorragias. Nestas situações aferi o potencial de risco, procedendo à informação e encaminhamento da mulher.

O EESMO “promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento; Providencia cuidados à mulher e facilita à sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento” (OE, 2010, p.4) e “promove a saúde ginecológica da mulher; providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação” (OE, 2010, p.7-8). Desta forma, quando necessário, informei e promovi estilos vida saudáveis na gravidez, o aleitamento materno, medidas para o alívio dos desconfortos da gravidez, o plano de parto e decisão esclarecida, a sexualidade e a contraceção no período pós-parto e pós-aborto, e a saúde ginecológica. Informei e orientei para os recursos disponíveis na comunidade, de forma a promover a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, na vivência da gravidez saudável, saúde ginecológica, climatério, abortamento ou interrupção voluntária da gravidez.

Realizei as medidas necessárias ao internamento de mulheres para a patologia da gravidez, bloco de parto e sala de indução e ginecologia. Cooperei com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações e referenciando as situações que estavam além da minha área de competência.

Experienciei situações em que foi necessária a implementação de medidas emergentes, em mulheres com situações críticas, nomeadamente mulheres em abortamento e com perda hemática vaginal abundante e uma mulher com rutura da trompa por gravidez ectópica.

Houve ocasiões em que foi necessário alertar a equipa médica para a correta utilização do espaço tendo em conta o respeito pela privacidade e individualidade da mulher: uma

vez que deparei-me com situações em que duas mulheres estavam a ser observadas no mesmo gabinete, pois o EESMO “age consistentemente de acordo com a ética profissional, os valores e os direitos humanos” (ICM, 2010, p.4).

Nesta valência fui evoluindo progressivamente no sentido de ficar mais autónoma nestas atividades tendo desenvolvido uma relação empática com as utentes e familiares, de forma a conseguir identificar necessidades. No que respeita à triagem e consequente estabelecimento de prioridades, considero que é um aspeto fundamental na prática do EESMO. Penso que esta tenha sido a atividade em que senti maiores dificuldades, contudo ao longo do estágio fui melhorando este fator. Um aspeto importante para o atingir destas competências, foi a pesquisa e estudo que foi necessário desenvolver, no sentido de aprofundar conhecimentos nesta área da saúde da mulher, e assim identificar formas adequadas de atuação e prestar cuidados especializados. A reflexão efetuada com a enfermeira orientadora acerca das diversas situações com que me ia deparando foi muito facilitadora desta aprendizagem, tendo ao longo do estágio refletindo acerca dos vários acontecimentos e do seu significado para o meu desenvolvimento profissional.

Foi possível ainda promover a continuidade dos cuidados, quer por forma oral quer através dos registos de enfermagem, o que também foi evoluindo progressivamente.

As experiências vividas no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica vão ao encontro dos critérios de avaliação descritos no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, permitindo-me assim a adquirir as competências 2 e 6 descrita no mesmo documento “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” (OE, 2010, p.4) e “cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde” (OE, 2010, p.7).

Este Estágio preconizou também a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher/casal durante os **quatro estádios do trabalho de parto**, em partos eutócicos, distócicos, e com patologia associada (objetivo 3⁴), pois o EESMO “cuida a mulher inserida a família e comunidade durante o trabalho de parto” (OE, 2010, p.5).

Como o EESMO “promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; diagnostica e previne complicações para

4 - Objetivo 3 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher mulher/casal/família durante os quatro estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos e com patologia associada.

a saúde da mulher e recém-nascido” (OE, 2010 p.5), procedi à identificação, seleção, planeamento, implementação, avaliação e atualização de intervenções especializadas de enfermagem nos vários estádios de trabalho de parto.

De forma a adotar as intervenções mais adequadas, há que considerar o estágio do trabalho de parto. O primeiro estágio do trabalho de parto vai desde “o início do trabalho de parto verdadeiro até à dilatação completa do colo. As contrações são intermitentes e dolorosas e o endurecimento uterino é facilmente sentido com a mão sobre o abdómen. As dores tornam-se mais frequentes e mais intensas à medida que o trabalho prossegue” (OXORN, 1989, p.99).

O acolhimento foi o ponto de partida para o planeamento das atividades tendo em conta as diferentes situações. No entanto também foi tido em conta a vigilância do bem-estar materno-fetal, se o trabalho de parto foi espontâneo ou induzido, a deteção de eventuais sinais de complicações ou agravamento da situação clínica, a educação em saúde e avaliação das necessidades psicológicas ou emocionais da mulher/casal.

Constatei que a prestação de cuidados de qualidade em Bloco de Partos só é possível com uma estreita articulação entre todos os profissionais que constituem a equipa multidisciplinar. Cota foi uma aprendizagem importante pois, embora já tivesse esta noção intrínseca, ao desempenhar funções de EESMO pude constatar que a responsabilidade é acrescida, e uma boa articulação com a equipa multidisciplinar assume contornos muito mais marcantes.

Tive sempre em conta a anamnese e o exame físico, características do colo, apresentação e estática fetal, avaliação da dinâmica uterina e características da bacia.

Procedi sempre à negociação com a mulher, obtendo o seu consentimento informado sobre os procedimentos mais favoráveis para a condução do seu trabalho de parto, orientando, de forma antecipada, os procedimentos a realizar e estipulando objetivos de acordo com a situação e a mulher/casal e a sua perspetiva cultural.

Desenvolvi ações no sentido de informar antecipadamente a mulher/casal do motivo do aumento da dor, esclarecendo sempre acerca da evolução do trabalho de parto.

Elogiei sempre o casal pelo alcançado durante o trabalho de parto, pela sua colaboração e solicitei sempre a participação ativa do acompanhante, nomeadamente na ajuda do controlo da respiração, na aplicação de massagem, no apoio psicológico e ajuda na mobilização da mulher.

Informei sobre os métodos para o alívio da dor de acordo com a situação, assegurando o seu acesso e privilegiando sempre os métodos não farmacológicos disponíveis no serviço

como o duche, a imersão e a bola de Pilatos. Expliquei e incentivei a utilização de técnicas de respiração, relaxamento e de movimento com a adoção de posicionamentos adequados e confortáveis. Se a mulher o desejava, providenciei analgesia epidural de acordo com a norma do serviço.

Providenciei ações para assegurar a hidratação, higiene e conforto como a administração de líquidos e gelatina conforme norma do serviço.

Desenvolvi capacidades técnicas como a amniotomia à qual procedi quando necessário melhorar a eficácia das contrações ou observar as características do líquido amniótico, se existiam dúvidas acerca do bem-estar materno-fetal como refere Graça (2010). Não utilizei esta técnica de forma rotineira e nunca a realizei numa fase precoce do trabalho de parto, tendo sempre em atenção se a apresentação fetal estava apoiada para que não ocorresse prolapso do cordão umbilical.

Em todo o processo de condução do trabalho de parto procedi à identificação das alterações à normalidade executando as ações necessárias para corrigir a situação. As atividades desenvolvidas a este nível relacionam-se com a administração de terapêutica prescrita, vigilância do bem-estar materno-fetal, vigilância da dinâmica uterina, prevenção e diagnóstico precoce de complicações nomeadamente hipertónias uterinas, taquisistolias e hemorragia.

Ao longo de todo o processo foram efetuados registos de enfermagem, bem como o preenchimento e interpretação do partograma.

Nesta fase dei primazia à utilização do sistema de suporte e educação, através do qual foram selecionados os conteúdos mais adequados, permitindo à mulher diminuir os desconfortos provocados pelas contrações uterinas, promover uma boa oxigenação materna e fetal, promoção de uma eliminação vesical regular, entre outros.

Neste Estágio procedi ao acompanhamento de 75 grávidas na 1ª fase do trabalho de parto⁵.

O segundo estágio do trabalho de parto inicia-se “quando o colo atingiu dilatação plena, até ao nascimento do feto” (OXORN, 1989, p 108). De acordo com Ziegel e Cranley (1985) neste estágio as contrações são mais fortes e expulsivas. Após a dilatação completa, a apresentação fetal desce pelo canal de parto lentamente, a vulva vai-se entreabrindo e dilatando à medida que a apresentação se exterioriza e dá-se o nascimento.

5 - Durante a realização do Ensino Clínico IV efetuei a vigilância a 6 grávidas no primeiro estágio do trabalho de parto, somando um total de 81 vigilâncias na primeira fase do trabalho de parto durante a realização do CMESMO.

Deste modo, esta é uma fase de grande exaustão para a mulher devido ao enorme esforço físico despendido. Assim mantive sempre uma atitude de disponibilidade antecipando as necessidades da mulher/casal, tendo para tal desenvolvido as seguintes atividades: promoção do repouso entre cada contração; informação antecipada à utente, encorajando a sua participação ativa bem como a do seu acompanhante; confirmação das condições ambientais e funcionalidade do ambiente para parto; avaliação do bem-estar materno-fetal; uso correto de procedimentos de assepsia; preparação da mesa para o parto e organização dos instrumentos cirúrgicos; avaliação da eficácia da contractilidade uterina; avaliação da progressão fetal; administração de anestesia local no períneo ou repicagem para o períneo através do cateter de analgesia epidural; confirmação da apresentação.

Nesta fase o EESMO tem o papel de observar e avaliar cuidadosamente a evolução do trabalho de parto, efetuando o diagnóstico precoce de complicações, pois “as parteiras prestam cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, conduzem um parto limpo e seguro e resolvem determinadas situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e dos seus filhos recém-nascidos” (ICM, 2010, p.11).

A aplicação de “técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica” (OE, 2010a, p.5) foi a atividade mais desafiante durante o Estágio, no qual obtive um desenvolvimento crescente no aperfeiçoamento destas técnicas. Apreendi e efetuei manobras para controlar o despreendimento da cabeça fetal – Manobra de Ritgen – com o objetivo de diminuir a incidência de lacerações e, por vezes, manobras de desengraxamento do queixo. Após a extração do pescoço, procedi à pesquisa de circulares e resolvia-as, conforme fossem apertadas ou largas.

Procedi à expressão e limpeza da face, nariz e boca de forma a desobstruir as vias aéreas superiores. Executei a técnica de desencravamento acromial, traccionando o ombro anterior e de seguida elevando o feto ligeiramente para exteriorizar o ombro posterior.

Quando necessário, realizei episiotomias médio-laterais quando a apresentação fetal estava coroada cerca de 4/5 cm de diâmetro, durante uma contração. Embora tenha sido efetuado um número relativamente elevado de episiotomias, nunca efetuei esta técnica de forma rotineira, pois existem evidências que a realização de episiotomias durante o parto consiste num cuidado prejudicial (OMS, 1996). Contudo é de destacar que tive um elevado número mulheres primíparas, RN macrossómicos, de fetos em variedades

ocipito-iliaco direita posterior e de fetos com circulares cervicais apertadas tendo existindo a necessidade de realizar esta técnica de forma prevenir lacerações amplas (Lowdermilke e Perry, 2008).

Realizei a laqueação do cordão umbilical em tempo oportuno (o mais precocemente possível se mãe Rh negativo, ou após o cordão parar de pulsar em caso de mãe Rh positivo, como recomendado pela OMS em 1996) e observação e assistência imediata ao recém-nascido e promoção da relação precoce através do contacto pele com pele imediato.

Realizei 51 partos e 28 episiotomias médio-laterais.

Particpei ainda ativamente em partos distócicos (cesarianas, ventosas e fórceps). Foi sempre minha preocupação nestas situações apoiar o casal e permitir-lhe a participação da experiência do nascimento de acordo com as limitações inerentes à situação.

Tive ainda oportunidade de participar ativamente na vigilância e cuidados a utentes de risco, nomeadamente 1 parto pré-termo, 6 casos de hipertensão arterial, 2 de pré-eclampsia, e 1 de colestase gravídica pois o EESMO “providencia cuidados à mulher com patologia concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto” (O.E. 2010, p. 5).

O terceiro estágio do trabalho de parto é o período da dequitação, que se caracteriza pelo descolamento da placenta e expulsão da placenta pelo canal de parto (Oxorn, 1989). O mesmo autor refere que a dequitação ocorre de uma das seguintes formas: Método de Duncan - quando a face placentária materna visualiza-se primeiro; Método de Shultze quando as membranas fetais surgem em primeiro lugar.

Neste estágio do trabalho de parto desenvolvi as seguintes atividades: identificação de sinais de descolamento da placenta; adoção de manobras para facilitar a saída da placenta (leve tração no cordão umbilical-manobra de Brant-Andrews (OXORN, 1986)); avaliação e promoção da formação do globo de Segurança de Pinard; observação do estado geral da utente e valorização das suas queixas; administração de terapêutica adequada; avaliação e quantificação das perdas sanguíneas; diagnóstico precoce de complicações; examinação cuidadosa da placenta para confirmação da integridade das membranas e cotilédones.

Após a dequitação procedi sempre à confirmação do globo de Segurança de Pinard, para garantir a hemóstase dos vasos uterinos (Graça, 2010).

Procedi à realização de 51 dequitações, todas foram naturais e completas: 49 pelo método de Shultze e 2 pelo método de Duncan.

Após o parto e dequitação, estando a mulher estável hemodinamicamente, é necessário proceder à reparação da episiotomia e/ou de lacerações se existirem. Senti muita dificuldade inicialmente em realizar a técnica da episiorrafia tanto devido ao manuseamento do porta-agulhas, bem como na identificação dos diferentes planos. No entanto, ao longo do Estágio senti uma grande evolução na realização desta técnica, tendo ultrapassado estas dificuldades.

Na execução desta técnica segui sempre, de forma rigorosa, os procedimentos de assepsia e desenvolvi as seguintes atividades: exposição de tecidos do canal vaginal, colo e períneo com o objetivo de detetar possíveis lacerações e identificar os tecidos a suturar; estabelecimento das condições técnicas para a realização da sutura; administração de anestesia local na zona a suturar; avaliação do compromisso dos tecidos adjacentes, avaliação das perdas sanguíneas durante a reconstrução.

Na realização da técnica de reconstrução, iniciei sempre a aproximação dos tecidos da mucosa vaginal, até à margem do bordo cutâneo, utilizando a sutura contínua. O procedimento foi sempre iniciado pela extremidade da incisão, executando o primeiro ponto cerca de 1 cm acima desta. Posteriormente procedia à aproximação do tecido muscular com pontos separados, por planos. Por fim reconstruía os tecidos do períneo com pontos separados ou contínuos, tendo aqui utilizando e aperfeiçoado diferentes tipos de pontos conforme a situação.

No final aplicava gelo, e procedia à explicação à puérpera dos cuidados a ter com o períneo nas semanas posteriores.

No total executei 28 episiorrafias e 14 reconstruções de lacerações, das quais 10 foram de grau 1 e as restantes de grau 2.

De acordo com Ziegel e Cranley (1985), o quarto estágio do trabalho de parto corresponde ao período pós parto imediato, considerando a primeira hora após o parto como sendo aquela em que a mulher necessita de uma vigilância contínua. Ainda assim, deve ser considerado o período de tempo após a dequitação para assegurar que a mulher está hemodinamicamente estável, o útero continua firme, não está preenchido de sangue e não há hemorragia.

A puérpera e recém-nascido permanecem por um período de duas horas no Bloco de Partos, após as quais, se não existirem complicações, são transferidas para o Serviço de Puerpério. Caso o parto tenha sido por cesariana a puérpera vai permanecer na unidade de cuidados pós-anestésicos também duas horas após o nascimento.

O EESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (OE, 2010, p.6) e presta “às mulheres cuidados pós-parto abrangentes, de alta qualidade e culturalmente sensíveis” (ICM, 2010, p.14). Uma vez que presto cuidados já há quatro anos neste serviço, não senti dificuldade em realizar as intervenções nesta fase. Contudo senti que detinha agora de uma responsabilidade acrescida pela saúde da mulher e recém-nascido, sendo minha a decisão de transferir a díade.

As atividades realizadas prenderam-se essencialmente com a vigilância da puérpera e recém-nascido durante o puerpério imediato. Assim procedi à avaliação da resposta uterina com a formação do globo de segurança de Pinard e perdas sanguíneas, detetando precocemente desvios da normalidade, prevenção da infeção e da hemorragia, promoção da higiene, conforto e bem-estar da puérpera, promoção da relação da tríade familiar, incentivo à amamentação precoce, promoção do fortalecimento dos papéis parentais e elaboração de registos. Todas as mulheres a quem efetuei o parto tiveram um puerpério imediato com uma evolução clínica normal.

Durante este Estágio prestei cuidados a 90 puérperas⁶: 77 tiveram um parto eutócico, 3 parto por ventosa, 1 parto por fórceps e 9 parto por cesariana.

Neste Estágio adquiri e desenvolvi competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao **recém-nascido, normal e de risco** na sua adaptação à vida extrauterina (objetivo 4⁷), pois o EESMO presta “cuidados abrangentes e de alta qualidade a bebés essencialmente saudáveis desde o nascimento até aos dois meses de idade” (ICM, 2010, p.16), “diagnostica precocemente e complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; providência cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e com o trabalho de parto” (OE, 2010, p.5).

O planeamento das atividades foi realizado em função das necessidades de vigilância do bem-estar do recém-nascido e da deteção de eventuais sinais de complicações ou agravamento da situação clínica.

Assim, nos partos vaginais em que o recém-nascido se encontrava estável (ou após estabilização da sua situação clínica), e tendo confirmado a desobstrução das vias aéreas e enxugado o recém-nascido, colocava-o em contacto pele-com-pele com a mãe. Procedi

6 - Durante a realização do Ensino Clínico II e III prestei cuidados a 43 puérperas, somando um total de 133 puérperas a quem prestei cuidados durante a realização do CMESMO.

7 - Objetivo 4 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, normal e de risco.

a avaliação do Índice de Apgar, exame físico e à administração de vitamina K e sua identificação junto da mulher/casal conforme o protocolo do serviço.

Promovi sempre a amamentação precoce, colocando o recém-nascido à mama, preferencialmente na primeira hora de vida, apoiando e avaliando a eficácia da pega. Integrei o pai nos cuidados ao recém-nascido.

Durante as duas horas após o nascimento procedi à vigilância do recém-nascido, nomeadamente na existência de reflexos, perfusão tecidual, procedendo ao diagnóstico precoce de possíveis complicações, referenciando as situações para além da minha área de competência.

Prestei cuidados imediatos a 102 recém-nascidos⁸: 81 nascidos de parto eutócico, 5 nascidos de parto por ventosa, 1 nascido de parto por fórceps e 15 nascidos de parto por cesariana.

Prestei cuidados imediatos a um recém-nascido prematuro de 27 semanas e colaborei na sua transferência para a UCEN em incubadora de transporte.

Não senti dificuldade na realização das atividades acima descritas uma vez que estas fazem parte da minha prática diária e já tinha algum investimento em formação e pesquisa bibliográfica anteriores.

A equipa de Enfermagem deste Bloco de Partos definiu como objetivo de atendimento às mulheres a promoção do parto normal. Assim foram definidas entre a equipa a meta de aumentar em 5% o número de partos eutócicos durante o ano de 2012. Pretende-se favorecer o aumento de partos vaginais, diminuir o número de partos assistidos/instrumentalizados, diminuir a taxa de cesarianas, diminuir o internamento de recém-nascido na UCEN.

Este objetivo vai ao encontro das orientações da OMS de “encontrar estratégias para promover o parto normal como evento fisiológico na vida da mulher, com a menor intervenção técnica possível” (APEO, 2009, p. 5). Adicionalmente, a APEO, como membro efetivo da ICM e em parceria com as associações representantes da ICM, lançou em 2008 uma orientação politico-profissional acerca da promoção do parto normal em Glasgow, em maio de 2008 – “Statement 6.I.d – Keeping Birth Normal” (Anexo 1).

Uma vez que trabalho neste Serviço de Bloco de Partos e provavelmente, é onde exercerei funções de EESMO, considereei fundamental incorporar esta filosofia no meu processo de aprendizagem e ter este objetivo em conta no planeamento das atividades.

8 - Durante a realização do Ensino Clínico II e V prestei cuidados a 35 recém-nascidos saudáveis e 10 recém-nascidos com patologia, somando um total de 137 recém-nascidos a quem prestei cuidados durante a realização do CMESMO.

Assim, adquiri e desenvolvi competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que promovam o **parto normal** (objetivo 5⁹), pelo que desenvolvi as seguintes atividades: postura de abertura, disponibilidade, apoio e colaboração com a mulher/casal no parto e trabalho de parto, tendo por base as suas expectativas e escolhas; transmissão de confiança e apoio contínuo durante o trabalho de parto; cooperação com a mulher/casal na tomada de decisão; incentivo à utilização da bola de Pilatos; incentivo à utilização da água morna para o alívio da dor; instrução à respiração e relaxamento; utilização de técnicas invasivas quando estritamente necessário e não de forma rotineira; incentivo à ingestão de água, chá ou gelatina durante o trabalho de parto, consoante norma instituída no serviço; liberdade de movimentos à mulher durante o trabalho de parto; incentivo à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto bem como à sua participação ativa; incentivo à utilização de posições de conforto alternado com movimento durante o trabalho de parto e de acordo com o estágio do trabalho de parto e posição do feto; musicoterapia; auscultação de batimentos cardíacos de forma intermitente, aquando a ausência de fatores de risco acrescido; respeito pela privacidade; reforço positivo dos esforços alcançados; facilitar a posição desejada no período expulsivo; manter recém-nascido em contacto pele-com-pele com a mãe; apoio na amamentação.

Acompanhei 55 mulheres, desde a primeira fase do trabalho de parto até ao momento do parto. Destas: 51 tiveram partos eutócicos, 1 teve uma cesariana por feto em assinclitismo, 1 teve um parto distócico por fórceps por feto em variedade occipito-ilíaca direita posterior, 1 teve um parto por ventosa por feto com circular cervical garrotada e 1 teve um parto por ventosa por não colaboração materna (não foi possível estabelecer uma comunicação eficaz com mãe não-portuguesa).

Nenhum dos recém-nascidos foram transferidos para a UCEN.

Aqui foram essenciais os momentos de reflexão junto da enfermeira orientadora e restante equipa de enfermagem, bem com a pesquisa bibliográfica e de normas, no sentido de adquirir conhecimentos que me permitam desenvolver estas atividades sem pôr em causa a segurança da mulher e bebé. Senti que esta confiança foi crescendo ao longo do estágio e considero que, dado os resultados acima apresentados, contribuí de forma positiva para o objetivo do serviço.

9 - Objetivo 5 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na promoção do parto normal.

Durante este Estágio adquiri e desenvolvi competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que promoveram a **autonomia** da mulher/casal durante o trabalho de parto (objetivo 6¹⁰), sendo este a temática que orientou este relatório.

Inicialmente pretendia realizar a implementação de um plano de parto no Bloco de Partos do Hospital onde realizei o Estágio, que seria construído por um grupo de trabalho constituído por EESMO deste Hospital e Centros de Saúde da sua área de influência. Ainda durante a realização do Projeto de Relatório de Estágio, realizei entrevistas informais com elementos do Hospital e dos Centros de Saúde e verifiquei que este seria um Projeto muito ambicioso para o curto espaço de tempo delineado e que teria que resolver diversos entraves de ordem burocrática.

Mantendo a temática da autonomia da mulher/casal, uma vez que esta é uma área pertinente na qual tenho particular interesse, decidi focar-me no desenvolvimento de competências especializadas nesta área.

Assim foi desenvolvida uma pesquisa nas bases de dados em linha, de estudos científicos da temática estudada, partindo de uma pergunta de investigação. Depois procedi à compilação dos dados de forma a elaborar uma revisão sistemática da literatura onde defini as intervenções de enfermagem a adotar de forma a promover a autonomia da mulher/casal.

Esta prática baseada na evidência científica foi implementada na Unidades Curriculares Estágio com Relatório, Ensino Clínico III e Ensino Clínico IV. Para o desenvolvimento destas atividades foi fundamental a colaboração e abertura da enfermeira orientadora e da restante equipa de enfermagem a esta temática.

Do Projeto inicialmente realizado para o Relatório, foram ajustados e agrupados os objetivos bem como o cronograma de actividades (apêndice 4), devido a reflexão de decorrente da prática e a sua aplicabilidade pois “trilhar a trajetória de uma Prática Baseada em Evidências compreende redimensionar prioridades” (DOMENICO e IDE, 2003, p.116).

10 - Objetivo 6 – Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que promovam a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.

4.3. Prática Baseada na Evidência

Os resultados dos estudos analisados comprovam a pertinência da problemática definida pois são vários os autores que se referem ao nascimento e à parentalidade como uma importante experiência de vida: “a experiência do nascimento e da parentalidade é uma experiência complexa na vida da mulher e influencia o seu bem-estar e a relação com a criança¹¹” (BERG, LUNDGREN E LINDMARK, 2003, p.1); “o nascimento e a parentalidade são considerados dos acontecimentos mais significativos da nossa população atualmente¹¹” (DOHERTY, 2010 p.48); “o trabalho de parto e o nascimento abrangem um intenso desenvolvimento físico, emocional, social, cultural e espiritual sendo uma experiência crucial na vida da mulher¹¹” (OWEIS, 2009, p. 526). É também consensual que são vários os fatores que influenciam essa experiência: história pessoal, normas, sistemas de apoio, mecanismos psicológicos, dúvidas (Doherty, 2010); idade materna (Suplee, 2007); cultura e experiências anteriores (Sheridan et al, 2011); expectativas, dor no trabalho de parto, sentimento de controlo e apoio no trabalho de parto (Oweis, 2009); expectativas acerca do nascimento, trabalho de parto, autocontrolo (Cristiaens, 2007); modelo de cuidados escolhido e a forma como é transmitida a informação (Davis, 2008). Constata-se que a percepção de autonomia tem repercussões na forma como a mulher encara o seu parto. Oweis (2009) verificou no seu estudo que as participantes que mostraram maior satisfação com a experiência do parto relataram maior sentimento de controlo durante este processo. O que sugere que a satisfação no parto está relacionada com a autonomia das mulheres durante o trabalho de parto. Desta forma, é fundamental que o EESMO apoie e promova a autonomia de forma a potencializar a satisfação no parto, “os prestadores de cuidados têm o potencial de marcar a diferença na experiência de maternidade das mulheres¹¹” (OWEIS, 2009, p.532). O mesmo autor concluiu que as parteiras devem promover a participação das mulheres na tomada de decisão e conduzi-las para a gestão adequada da dor no trabalho de parto. Assim nos cuidados que prestei a mulheres no trabalho de parto (Estágio e Ensinos Clínicos III e IV) procedi sempre à explicação das opções disponíveis. Em relação ao controlo da dor, na mulher em trabalho de parto, fui sempre orientando e explicando as vantagens e desvantagens dos diferentes métodos para o alívio da dor, bem como a altura mais indicada para a sua implementação, consoante a fase do trabalho de parto.

11 - Tradução da autora.

Oweis refere que é fundamental instituir aulas de educação para o parto onde sejam fornecidas competências às mulheres para que estas desenvolvem expectativas realistas e positivas. Assim participei ativamente nas aulas de preparação para a parentalidade em contexto de cuidados de saúde primários (Ensino Clínico III), tendo inclusive preparado e ministrado uma aula sobre trabalho de parto (apêndice 5), pois para que possa existir participação ativa, as mulheres têm que ter conhecimento acerca de todo o processo de nascimento, o que significa que terão que ter acesso à informação e compreensão das consequências das escolhas que procedem, esclarecem Maputle e Hiss (2010). Estes autores concluíram no seu estudo que as parteiras devem incentivar as mulheres a participarem e responsabilizarem-se pelos cuidados durante o nascimento. Desta forma procedi sempre à responsabilização da mulher pelo seu trabalho de parto e fornecimento de confiança à mulher na sua capacidade de parir. Também demonstrei sempre respeito, disponibilidade, encorajando a exposição de medos, receios e angústias, pois as parteiras terão que favorecer a participação das mulheres percebendo os seus sentimentos, clarificando as suas expectativas, dando-lhes opção de escolha, explicando todos os procedimentos (Maputle e Hiss 2010).

Otley (2011) acrescenta que são necessárias mudanças na filosofia dos cuidados para a parentalidade. Estes devem oferecer acompanhamento e apoio pré-natal adequado e individualizado, tendo como objetivo a satisfação das mulheres com a sua experiência de parto. Maputle e Hiss (2010) concluem que o estabelecimento de um programa de educação para o parto baseado na participação e na tomada de decisão constitui um processo centrado na mulher/casal, constrói a confiança e melhora a autoestima para que as mulheres em trabalho de parto possam assumir a responsabilidade e controlo sobre o seu parto como parceiros ativos. De forma a ir ao encontro destas premissas desenvolvi as seguintes intervenções no Ensino Clínico III: intervenções para transmitir informação completa, baseada na evidência científica sobre o processo fisiológico do trabalho de parto, considerando as razões, riscos, benefícios, resultados e focando aspetos como: dor; relação (com a parteira, o médico, o parceiro, a família...); medo do parto; autonomia; preocupações com o bebé; parto instrumentalizado. Também procedi à transmissão de uma noção de confiança e autoestima na mulher e na sua capacidade de parir.

Ainda, e de acordo com os resultados dos estudos, um modelo de cuidados centrado nas mulheres às quais é atribuída autonomia e controlo sobre a sua gravidez e parto, exerce uma influência positiva na experiência da parentalidade. Assim no Estágio e Ensinos Clínicos III e IV, desenvolvi um modelo de cuidados em que o planeamento das

intervenções foi centrado na mulher e no seu poder de decisão. Procedi sempre à compreensão das expectativas da mulher/casal em relação ao trabalho de parto e expliquei o fundamento dos cuidados, negociando com a mulher e validando o consentimento informado.

Também incentivei a mulher para realização de escolhas durante o trabalho de parto, elogiando-a e atribuindo-lhe o mérito pelo alcançado. Doherty (2010) aborda um modelo com estes parâmetros que se baseia em princípios de humanização, de manutenção da saúde, promoção da saúde, educação para a saúde, aconselhamento e defesa das mulheres de todas as faixas etárias e classes sociais. Segundo este estudo, as mulheres que são submetidas a este tipo de cuidados interessam-se pelo direito à autodeterminação no que diz respeito ao seu corpo, ao seu filho e à experiência de parto. Elas possuem um forte desejo e confiança nas suas capacidades de parir e expressam um sentimento positivo sobre os cuidados que receberam em termos de conforto, físico, apoio emocional, educação, orientação antecipatória e participação ativa na tomada de decisão. Muitas mulheres referiram percepção de controlo sobre o seu parto à qual atribuíram o sentimento de se sentirem cuidadas e seguras.

Também Davis (2008) no seu estudo revelou que existe evidência de dois paradigmas de suporte à decisão Clínica: o modelo de cuidado médico e o modelo de cuidado de parteira. Existe uma cultura hospitalar muito formal marcada por protocolos hospitalares e diretrizes médicas, ambos baseados na investigação médica e nos padrões obstétricos. A comunicação baseada no modelo biomédico é demasiadamente autoritária e tende a inibir as escolhas das mulheres grávidas. Da mesma forma, a utilização de termos médicos nas consultas realizadas por parteiras terá o efeito de abalroar a vontade das grávidas e silenciar o conhecimento/experiência das parteiras. É importante que as parteiras estejam cientes do impacto que a linguagem irá ter no bem-estar psicológico da mulher. A informação e a forma como ela é comunicada, contribuem para o sentimento de controlo da mulher/casal na vivência da gravidez e o parto. Estas premissas foram tidas em conta, tendo sido a comunicação estabelecida centrada nas expectativas da mulher/casal.

Ainda sobre a influência dos modelos de cuidados e o sentimento de controlo Jomeen (2007) concluiu que as mulheres continuam a ser influenciadas pelo modelo biomédico. Contudo, a atitude das parteiras vai influenciar as escolhas das mulheres. As parteiras têm que acreditar nos benefícios dos modelos de cuidados que propagam às mulheres. A escolha dá à mulher um papel ativo na experiência do nascimento, o que por sua vez lhe confere maior confiança nas suas capacidades de assumir o papel de mãe. Esta autora

salienta que a escolha tem guiado decisões políticas na última década e é encarada como um cuidado obstétrico. Deste modo, durante a realização do Estágio, foram várias as situações em que promovi momentos de brainstorming com a orientadora ou equipa de enfermagem acerca de aspetos sobre a autonomia da mulher. Também realizei para a equipa de enfermagem e médica do Bloco de Partos uma ação de formação com o tema “Importância da Posição da Mulher e Mobilidade da Bacia no Trabalho de Parto: Período Expulsivo” (apêndice 6). Nesta ação de formação salientei, justificando com a evidência científica, os benefícios da escolha da mulher, tendo a informação prévia acerca das vantagens e desvantagens da sua escolha.

Sheridan *et al* (2011) concluíram que a cultura influencia o modo como a mulher vai vivenciar o parto e a maternidade, mas não só pois existem outros fatores como experiências anteriores, tolerância à dor e a relação com os prestadores de cuidados. Desta forma, salientam que só melhorando a consciência cultural e conhecimento das expectativas e desejos das pessoas, se poderá criar uma ligação que permitirá melhorar a prestação de cuidados à mulher/casal. Reforça-se uma vez mais, a importância de fornecer um atendimento adequado à mulher/casal, sem elaborar juízos de valor ou pré-conceitos, validando sempre as suas expectativas em relação ao trabalho de parto e nascimento do bebé, e adotando uma postura de respeito e compreensão; estes foram aspetos que eu tive sempre em conta nas intervenções que estabeleci.

O estudo elaborado por Doherty (2010) vem complementar o fundamento às intervenções já acima descritas. Esta autora mostra que emergiram 5 pontos-chave do modelo de cuidados das parteiras:

1. A decisão de procurar os cuidados das parteiras: é uma das decisões mais importantes e que mais influencia o desfecho do parto é o profissional que a mulher procura. As parteiras devem assumir uma postura de abertura, flexibilidade, respeito pela natureza e saber ouvir as mulheres.
2. Trabalho em conjunto numa aliança terapêutica: as mulheres deram uma grande importância à relação que estabeleceram com a parteira. Muitas falaram sobre os inúmeros temas abordados durante as consultas pré-natais, outras referiram que o mais importante foi as noções de relaxamento que aprenderam nas aulas de preparação para o parto. Muitas abordaram a forma atenciosa, a presença positiva e o apoio que receberam durante a gravidez e parto.
3. Formulação de um plano de parto: muitas mulheres valorizaram o plano de parto como um instrumento de comunicação que transmite os seus desejos. Referem que o plano

de parto lhes transmitiu confiança porque sentiram que fizeram escolhas. As mulheres acreditam que um plano de parto realista e flexível contribui para a sua satisfação e experiência de parto positiva.

4. Educação para o parto: as mulheres referiram que as aulas de preparação para o parto transmitem conhecimentos essenciais para a experiência de parentalidade particularmente nos pais pela primeira vez. As mulheres referiram que elas e os seus parceiros puderam compreender as alterações e sentirem-se mais preparadas para lidar com a experiência de mudança de vida que provoca o nascimento de um filho. Orientações antecipadas ajudaram na transição para a parentalidade e aleitamento materno com sucesso.
5. Parteiras como prestadoras de cuidados primários ao longo da vida: faz todo o sentido para estas mulheres continuarem a receber os cuidados das parteiras ao longo da sua vida. Elas acreditam que as parteiras são peritas nos cuidados às mulheres e que a sua colaboração com médicos e outros profissionais é essencial para a resolução de problemas de saúde da população.

Verifica-se também que o plano de parto é referenciado como sendo um instrumento crucial na educação pré-natal, possibilitando à mulher expressar as suas escolhas.

Tendo em conta estes resultados promovi o plano de parto durante a prestação de cuidados pré-natais no Estágio e Ensinos Clínicos. Uma vez que o plano de parto foi introduzido para possibilitar que a mulher ganhasse uma melhor experiência de parto através da possibilidade de um maior grau de autonomia, evidenciam Berg, Lundgren e Lindmark (2003). Estes autores referem que a construção do plano de parto envolve 6 categorias a serem abordadas: relação (com a parteira, o médico, o parceiro, a família...); medo do parto; dor durante o parto; autonomia; preocupações com o bebé; e outras necessidades e desejos. Desta forma, estes pontos foram sempre tidos em atenção na explicação da construção de um plano de parto à mulher/casal. Também tive em conta o tipo de comunicação utilizada junto da mulher/casal de acordo com o seu estágio na elaboração do plano de parto, pois Doherty (2000) identificou três padrões de interação na construção do plano de parto nas consultas de enfermagem pré-natal a grávidas no terceiro trimestre, e de acordo com o estágio de realização de plano de parto: diretiva, emersão e validação. Existem semelhanças em todos os padrões, uma vez que o plano de parto é visto como um veículo para a comunicação (Doherty, 2000), isto é, a sua elaboração permite o fornecimento de informação e realização de educação para a saúde sobre diversos tópicos. Esta autora refere que as consultas de enfermagem do terceiro

trimestre são a plataforma que permitem ao casal discutir os seus desejos, medos, preocupações e dúvidas sobre o parto e parentalidade. Em relação às diferenças dos padrões, Doherty (2000) explica que são sobretudo na forma de comunicação com o casal. No padrão de diretiva a enfermeira vai conduzir o casal na construção do plano de parto utilizando para tal uma forma de comunicar direcionada e imperativa. No padrão de emersão a enfermeira vai manter uma comunicação mais aberta focando-se sobretudo nas dúvidas do casal. No padrão de validação a enfermeira procura saber quais os motivos das decisões que o casal tomou, obrigando o casal a refletir as suas opções.

Existem ainda outros fatores a ter em conta na orientação das mulheres aquando a elaboração do plano de parto. Suplee, Dawley e Bloch, 2007 referem que as primigestas de faixas etárias elevadas desejam assumir o controlo da sua gravidez e parto, apresentando mais dificuldade em serem flexíveis. São normalmente grávidas mais diferenciadas, muitas vezes com dificuldades na conceção. Muitas detêm expectativas irrealistas e elaboram planos de parto inadequados. Não compreendem o conceito de risco e querem um parto sobremedicalizado, outras consideram-se sem risco exigindo partos que podem por em causa a sua segurança e do recém-nascido. Assim na educação para a saúde procurei ter abordagem holística e individualizada no sentido de colmatar as suas necessidades ao nível físico, psicológico, emocional e social da experiência da parentalidade. Indaguei aspetos como a carreira, expectativas com o trabalho e apoio familiar, de forma a ter presente o historial clínico e criar uma relação empática sem evidenciar muito o risco, selecionando a linguagem e destacando e reforçando os aspetos positivos.

Berg, Lundgren e Lindmark (2003) no seu estudo referiram que o plano de parto pode constituir um fator negativo quando aplicado a mulheres com gravidezes de risco. Os resultados referem que as mulheres com gravidezes de risco encontram-se mais vulneráveis durante todo o processo de gravidez e parto. Devido ao risco da sua gravidez estas mulheres vivenciam um controlo médico mais apertado, são realizados mais exames e impostas mais limitações. São assim mulheres que experienciam um maior grau de ansiedade e sentimento de fracasso. O plano de parto parece intensificar os seus medos e receios uma vez que aumenta a sua consciência das ocorrências possíveis. Perante esta situação tive em atenção a forma como abordei o plano de parto e informação acerca de aspetos relacionados com o parto de forma a não transmitir um acréscimo ao sentimento de angústia.

O estudo realizado por Jomen (2007) aborda também o facto de as escolhas poderem tornar-se negativas em algumas situações, pois muitas opções das mulheres não são realizáveis, mesmo tratando-se de escolhas racionais. Contudo, se a mulher já esperar que a sua escolha pudesse não ser realizável, esta terá uma menor repercussão emocional negativa do que se nunca ter tido opção de escolha. Deste modo, a parteira terá que transmitir à mulher uma noção de flexibilidade, e orientá-la no sentido de realizar as escolhas mais racionais. Assim tive sempre consideração por estes fatores na forma de transmitir a informação, adequando sempre à situação e criando uma noção de flexibilidade. Durante a prestação de cuidados a mulheres em trabalho de parto com plano de parto, cumpri-o sempre que possível, e na impossibilidade de respeitar alguns dos seus itens, procedi sempre à explicação à mulher/casal dos motivos para a sua não realização e procurei sempre encontrar novas estratégias em conjunto.

4.4. Avaliação

As intervenções desenvolvidas neste Estágio, nos Ensinos Clínicos anteriores, e em simulação em sala de aula (parto com feto em apresentação pélvica), permitiram atingir e ultrapassar as premissas transpostas nas diretivas europeias relativas ao reconhecimento das qualificações profissionais dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (Diretiva n.º 2005/36/CE).

Do Plano de Estudos do 2º CMESMO era pretendido que fossem atingidos objetivos que tivessem por base as competências 2, 3 e 4 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem e as competências 1 e 4, 5, 6, da ICM, que foram definidos no capítulo 3 deste relatório e os quais foram atingidos como ficou anteriormente demonstrado na sua plenitude e no tempo previsto. Todas as atividades realizadas foram planeadas (apêndice 7) e implementadas tendo em conta os sistemas de enfermagem do Modelo de Auto-Cuidado de Dorothea Orem.

Para o atingir dos objetivos propostos, foi um aspeto facilitador desempenhar funções neste serviço há 4 anos, o que me deu um conhecimento prévio das rotinas e procedimentos normativos, do cuidar em Obstetrícia decorrente da minha prática profissional e da observação e cooperação do trabalho de EESMO. De salientar a disponibilidade da Enfermeira Orientadora e da restante equipa de enfermagem, bem como a colaboração das mulheres e a filosofia do serviço.

Dediquei ao Estágio um grande empenho pessoal, procurando sempre o crescimento através da aquisição do máximo número e variedade de experiências e pela constante pesquisa de conhecimento, quer pela partilha de saberes da enfermeira orientadora e equipa de enfermagem, quer pela pesquisa documental. Os momentos de reflexão acerca de situações experienciadas junto da enfermeira orientadora, bem como da restante equipa de enfermagem foram muito positivos na aprendizagem, permitindo-me a construção e mobilização de saberes. Muitas vezes fui eu quem impulsionou esses momentos de reflexão e brainstorming junto da equipa de enfermagem, beneficiando e proporcionando a toda a equipa a partilha de saberes, demonstrando uma atitude proactiva e uma vontade de aprender.

As atividades foram planeadas com base na metodologia científica, mobilizando ativamente a evidência científica na prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos na aquisição de competências para promover a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.

Considero que, embora com ligeiras alterações ao Projeto, nomeadamente na construção, agrupamento dos objetivos, reajustamento e avaliação das intervenções, estas foram aplicadas de forma muito pertinente.

Fui evoluindo progressivamente no sentido de ficar mais autónoma nas intervenções e técnicas desenvolvidas, sob a supervisão da enfermeira orientadora, e alcancei uma relação empática com a mulher/casal, de forma a conseguir identificar necessidades e dúvidas, individualizando os cuidados prestados. Estabeleci com facilidade relações com a mulher/casal baseadas na confiança. Desta forma, considero que desenvolvi um cuidado especializado centrado na mulher e nas suas expectativas, criando com ela uma parceria tendo obtido excelentes resultados, pois consegui proporcionar na grande maioria das vezes partos eutócicos com grande envolvimento e satisfação da mulher/casal. Essa satisfação foi muitas vezes verbalizada pelo casal após o parto, tanto ainda no serviço de Bloco de Partos, como já no Serviço de Puerpério, onde fui muitas vezes junto das puérperas a quem acompanhei durante o parto, para lhes perguntar qual o feedback acerca da sua experiência.

Considero que demonstrei sempre um bom suporte de conhecimentos teóricos, autonomia na tomada de decisão e negociação com a mulher e restante equipa multidisciplinar.

Adotei sempre uma postura adequada à situação de estudante, primando pelo respeito e responsabilidade, bem como pela atenção e brio no desempenho das atividades.

Como mencionado anteriormente, no decorrer do Estágio foi-me proposto pela orientadora, visto ser uma necessidade do serviço, realizar uma ação de formação para a equipa de enfermagem e médica do Bloco de Partos focada no posicionamento da mulher e mobilidade da bacia no trabalho de parto. Desta forma realizei uma abordagem anátomo-fisiológica da bacia da mulher, relacionando-a com o trabalho de parto e estática fetal. Nesta apresentação também mostrei através da Evidência Científica, os benefícios da escolha da mulher, mediante a informação prévia, neste aspeto específico. Obtive um muito bom feedback dos profissionais que assistiram, tendo inclusive sido convidada pela Sr.^a Dr.^a Diretora do Serviço a iniciar um ciclo formativo para Enfermeiros e Médicos, com esta ação de formação.

Efetuei dois diários de aprendizagem sobre a temática da autonomia da mulher em trabalho de parto, que abordam duas situações distintas que me fizeram refletir e proporcionaram crescimento profissional. No diário de aprendizagem 1 constatei a importância do envolvimento da família no trabalho de parto no fornecimento de competências à mulher na sua capacidade de parir. No diário de aprendizagem 2 refleti acerca da obsessão pelo parto perfeito, em que verifiquei a importância da informação e dos cuidados pré-natais. Em ambos os diários de aprendizagem estão descritas as intervenções especializadas que desenvolvi no sentido de promover a sua eficácia e de que forma estas foram relevantes para o desfecho da situação.

Finalmente, a informação da enfermeira orientadora nas avaliações formativas e sumativas foi muito positiva. A enfermeira orientadora considerou que demonstrei uma crescente autonomia pessoal e profissional na prestação de cuidados especializado de excelência à mulher em Bloco de Partos e Urgência Obstétrica e Ginecológica, e que as intervenções que implementei tendo em conta Projeto foram pertinentes, adequadas e que promoveram a autonomia da mulher no trabalho de parto, tendo na avaliação sumativa atribuindo-me a nota qualitativa de excelente em todos os parâmetros presentes na grelha de avaliação da ESEL (apêndice 8).

Pretendia ainda complementar a avaliação das intervenções levadas a cabo para o desenvolvimento de competências especializadas promotoras da autonomia da mulher/casal com a aplicação de uma escala que permite medir a perceção da mulher da autonomia no trabalho de parto (anexo 2), já validada, e com autorização do autor da referida escala (apêndice 9). Contudo, não foi implementada por não ter obtido resposta da Comissão de Ética do Hospital onde foi realizado o estágio.

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No contexto da Investigação em Enfermagem, os fenómenos estudados emergem das relações humanas, logo é imperativa uma atitude baseada nos princípios e direitos fundamentais dos participantes na investigação.

Segundo Fortin (1999), cinco princípios ou direitos fundamentais devem ser respeitados durante o processo de investigação: o direito a autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e por fim o direito a um tratamento justo e leal. No decurso deste Relatório foram respeitados estes princípios.

Para avaliar as intervenções de enfermagem pretendia aplicar uma escala que permitisse medir a perceção da mulher relativamente à autonomia no trabalho de parto, escala essa já validada, e com a devida autorização do autor. Foram construídos todos os documentos que garantiam os direitos fundamentais acima mencionados, nomeadamente termos de responsabilidade que foram assinados, bem como o parecer do Sr.º Enf.º Chefe e da Sr.ª Dr.ª Diretora e foi pedida autorização à comissão de ética do hospital para a sua aplicação (apêndice 10). Não tendo obtido o parecer da comissão de ética, a escala não foi implementada pois é necessário “aprovação da comissão local de ética da investigação antes que o Projeto principie” (FORTIN, 1999, p.125).

Durante a realização do Estágio foram salvaguardados os princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem. Assim no planeamento das atividades foi tido em conta que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”¹² (OE, 2003, p.21), reconhecendo e respeitando a caráter único e dignidade da mulher/família e recém-nascido a quem prestei cuidados. De forma a proporcionar uma relação profissional justa com vista ao respeito pelos direitos humanos através de uma atitude competente foram respeitados os valores universais: igualdade; liberdade responsável; verdade e justiça; competência e o aperfeiçoamento profissional¹³. Assim todas as intervenções levadas a cabo foram norteadas pela responsabilidade, respeito pelos direitos humanos e excelência do exercício na profissão¹⁴ (OE, 2003).

12 - Artigo 78º do código Deontológico – Ponto 1

13 - Artigo 78º do código Deontológico – Ponto 2

14 - Artigo 78º do código Deontológico – Ponto 3

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da Unidade Curricular Estágio com Relatório possibilitou-me a vivência de experiências de cuidados significativas que me permitiram desenvolver competências para a prática de enfermagem especializada em saúde materna e obstetrícia, pois “a aprendizagem é o processo no decurso do qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência” (KOLB, citado por ABREU, 2007, p. 100). A aquisição e desenvolvimento dessas competências foram pautadas pela reflexão pois “a experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, refletida” (ALARCÃO, 2001, p. 55). Este Relatório de Estágio constituiu assim a descrição e análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo deste Estágio, que foram implementadas tendo por base a prática baseada em evidência que “compreende um processo integralizador da competência clínica individual com os achados clínicos gerados pelas pesquisas sistemáticas existentes” (DOMENICO e IDE, 2003, p.116). O modelo conceptual que norteou o planeamento das atividades foi a Teoria do Auto-Cuidado de Dorothea Orem.

A trajetória seguida neste Relatório de Estágio debruçou-se sobre a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto, definindo e analisando as intervenções de EESMO promotoras do seu exercício. O EESMO deve ser detentor de conhecimentos técnicos, mas também de competências relacionais e uma visão humanística, uma vez que a mulher vivencia diversas emoções, incluindo a expectativa, dúvida, incerteza ou temor, que em associação com as dores, pode conduzir à exaustão. A confiança e encorajamento por parte do enfermeiro contribuem para a diminuição da tensão emocional do trabalho de parto, quando a mulher expressa os seus sentimentos, interrogações e receios (Ziegel & Cranley 1985). O EESMO tem assim um “papel a desempenhar para ajudar as mulheres a abraçarem a crença de que elas têm a chave para a sua segurança e do seu bebé. Esta capacitação é assim o alicerce para as mulheres serem capazes de tomar decisões críticas sobre o prestador de cuidados e local de nascimento e, finalmente, ser capaz de experimentar parto normal, natural¹⁵” (LOTHIAN, 2008, p.46). É assim necessário adotar uma filosofia de prática que garanta fornecimento de cuidados de obstetrícia de elevada qualidade apoiados na participação ativa das mulheres durante a gravidez e trabalho de parto. Desta forma, foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura onde se constatou a pertinência da promoção da

15 - Tradução da autora.

autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto, inserido num modelo prestação de cuidados com uma perspetiva holística, humanizada e centrada na mulher e família durante a gravidez e parto e foram definidas as intervenções especializadas de enfermagem que promovem a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.

Na realização deste Relatório procurei assegurar ao máximo o rigor metodológico, contudo tenho que referir que foi um aspeto limitador à sua realização a não obtenção de qualquer resposta por parte da comissão de ética ao pedido de aplicação de uma escala, já validada, e com autorização do autor para medir a perceção da mulher da autonomia no trabalho de parto. A sua aplicação permitir-me-ia obter resultados mensuráveis na perspetiva da mulher/casal alvo dos cuidados, sobre a eficácia das intervenções implementadas definidas através da revisão sistemática da literatura, o que enriqueceriam a prática baseada na evidência desenvolvida.

Não posso deixar de salientar o meu agradecimento à Professora Arwa Oweis, RN, DNSc, autor da referida escala, pela autorização pronta da sua utilização. De salientar que foi estabelecida comunicação com a autora na Jordânia, e que esta se mostrou disponível para qualquer esclarecimento adicional e ficou expectante dos resultados. Será com pesar que terei que lhe comunicar que não tenho feedback para lhe apresentar acerca da aplicação da sua escala, por não ter obtido qualquer resposta de avaliação ética da instituição, onde para além de ter realizado o Estágio, sou funcionária. Deixo assim, como sugestão a aplicação deste método de avaliação para um posterior desenvolvimento deste trabalho.

Sugiro também para Projetos futuros o desenvolvimento uma relação de parceria do hospital com os cuidados de saúde primários no sentido de estabelecer uma centralização das decisões na equipa de profissionais de saúde ao longo de toda a gravidez e trabalho de parto e parto.

Este Relatório é o culminar de um percurso, onde realizei intervenções com as quais me identifico, que reconheço ter superado as minhas expectativas. O acompanhar a mulher desde a entrada no serviço de Bloco de Partos, colaborar com ela na evolução do seu trabalho de parto fazendo parte desta etapa da sua vida, assume-se como um momento muito especial e emotivo para mim. Assim, fica um agradecimento eterno às parturientes e acompanhantes que permitiram que eu fizesse parte deste momento tão determinante das suas vidas. Fico com um sentimento de realização pessoal e profissional, e a certeza de que valeu a pena todo o esforço desenvolvido.

7. BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson (2007) – **Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico**. Coimbra: Formasau. ISBN: 978-972-8485-87-0.
- ALARCÃO, Isabel (2001) – Formação Reflexiva. **Revista Referência**. [em linha]. Vol. 6 (maio, 2001). ISSN: 0874-0283. Acedido em: 02/07/2011. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=forma%C3%A7%C3%A3oreflexiva&id_wbsite=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2076.
- ALMEIDA, Olga (2007) – **O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem**. Porto. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- ARCHER, L. (1999) – Ainda os Direitos do Homem. O Consentimento Informado. **Broteria**. [em linha]. Vol.158 (fevereiro, 1999) p. 155-164. ISSN: 0870-7618. Acedido em: 01/08/2012. Disponível em: <http://www.broteria.pt/indices?searchtxt=&searchauth=ARCHER%2C+Lu%C3%ADs&searchyear=1999>.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) – **Iniciativa Parto Normal**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3.
- BERG, M., LUNDGREN, I., e LINDMARK, G. (2003) – Childbirth experience in women at high risk: is it improved by use of a birth plan?. **Journal of Perinatal Education**. [em linha]. Vol.12, nº 2 (março, 2003) p. 1-15. ISSN 1058-1243. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- BARBAUT, Jacques (1990) – **O nascimento através dos tempos e dos povos Lisboa**: Terramar. ISBN: 972-710-040-6.
- BRAZELTON, T. (1992) – **Tornar-se Família**. Lisboa: Terramar. ISBN: 972-710-056-2.
- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. (1979) – **Principles of Biomedical Ethics**. 5ª Edição. New York: Oxford University Press. ISBN: 0195024877.
- CANAVARRO, Maria C. (2001) – **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972- 8535-77-5.
- CHRISTIAENS, Wendy; BRACKE, Piete (2007) – Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. **MBC Pregnancy and Childbirth**. [em linha]. Vol. 15 nº26 (outubro, 2007). ISSN: 1471-2393. Acedido em: 15/07/2012 de EBSCOhost. Disponível em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.

- DAVIS, B. (2008) – How authoritative texts reinforce the medical model of birth. **British Journal of Midwifery**. [em linha]. Vol. 16, nº 4 (abril, 2008) p. 212-217. Acedido em: 15/07/2012 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- DECRETO-LEI nº 161/96. **Diário da República I Série A**. 205 (96/09/04) 2959-2962.
- DIAS, Maria Fátima P. B. (2006) – **Construção e validação de um inventário de competências**. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-14-3.
- DOHERTY, M. (2003) – Birth plan decision-making: patterns of interaction. **International Journal of Childbirth Education 2000 ICEA Virginia Larsen Research Grant winner**. [em linha]. Vol. 18, nº 2. (junho, 2003) p. 27-33. ISSN: 0887-8625. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- DOHERTY, M. (2010) – Midwifery care: reflections of midwifery clients. **Journal of Perinatal Education**. [em linha]. Vol19, nº4 (outubro, 2010) p. 41-51. ISSN: 1058-1243. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- DOMENICO, Edvane; IDE, Cilene (2003) – Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev Latino-am Enfermagem**. [em linha]. Vol. 11, nº 1 (janeiro-fevereiro, 2003) p. 115-118. ISSN 0104-1169. Acedido: em 12/07/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>.
- DUPAS, G.; PINTO, I.C.; MENDES, M.D.; BENEDINI, Z. (1994) – Reflexão e síntese acerca do modelo do Autocuidado de Orem. **Acta Paulista Enfermagem**. [em linha]. Vol.7, nº 1, (janeiro-março, 1994) p.19-28. ISSN 0103-2100. Acedido em: 05/05/2011. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/sum.php?volume=7&numero=1&item=res3.htm>.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações**. 2011. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

- FILIPE, Firmino (1998), - O Consentimento Informado. In PARENTE, Paulo et al. **Ética nos Cuidados de Saúde**. Coimbra: Formasau, 1998. ISBN 972-8485-04-2 pp. 41-53.
- FORTIN, Marie Fabienne (1999) – **O processo de investigação da concepção à realização**. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- GRAÇA, Luís Mendes (2010) – **Medicina Materno-Fetal**. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-654-8.
- GOBIERNO DE ESPAÑA (2007) – **Estratégia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud**. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. ISBN: 351-08-051-7.
- GUYATT, G. et al (2008) – **User's Guide to the Medical Literature: Essentials of Evidence-based on Clinical Practise**. 2ª Edição. United States of America: McGraw-Hill Companies. ISBN 978-007-159038-9.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2010) – **Competências Essenciais para o Exercício Básico da Profissão de Parteira 2010**. [em linha]. Acessível na International Confederation of Midwives, The Hague, Holanda. Acedido em 20/02/2012. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/DB%202011/Compet%C3%A2ncias%20Essenciais%20para%20o%20Exerc%C3%ADcio%20B%C3%A1sico%20da%20Profiss%C3%A3o%20de%20Parteira%202010.pdf>.
- JOMEEN, J. (2007) - Choice in childbirth: a realistic expectation?. **British Journal of Midwifery**. [em linha]. Vol. 15 nº 8 (agosto, 2007) p. 485-490. ISSN: 0969-4900 Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- KANT, Immanuel. (1974) – **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Abril Cultural.
- Kant, Immanuel (2004) – **Metafísica dos costumes: parte I: princípios metafísicos da doutrina do direito**. Lisboa: Edições 70. ISBN 972-44-1199-0.
- KITZINGER, Sheila (1978) – **Mães: um estudo antropológico da Maternidade**. Lisboa: Editorial Presença. ISBN 972-232-045-9.
- LEI nº 9/2009. **Diário da República I Série**. 44 (04/03/2009) 1446 -1530.
- LEI nº 48/90. **Diário da República I Série**. 195 (1990/8/24) 3452 - 3459.

- LEITE, Elvira; Malpique Manuela; SANTOS, Milice Ribeiro (2001) – **Trabalho de Projecto: aprender por projectos centrados em problemas**. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento. ISBN 972-36-0216-4.
- LEITÃO, Filipe (2010) – **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. Lisboa Dissertação de mestrado apresentada na Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina Departamento de Bioética.
- LOTHIAN, J. (2006) – Birth plans: the good, the bad, and the future. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**. [em linha]. Vol. 35, nº 2 (Março-Abril, 2006) p. 295-303. ISSN: 0884-2175. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=119&sid=1db0a4d5-e44e-4502-8348-c5b1f297ae6a%40sessionmgr110>.
- LONGARITO, Clementina Sousa (2002) – O Ensino Clínico: A Importância da orientação e a construção do saber profissional. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN: 0874-7695. N.º 5. (fevereiro, 2002). p. 26-33.
- LOWDERMILK, Deitra; PERRY, Shannon (2008) – **Enfermagem na Maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-16-1.
- MAPUTLE, S. M.; HISS, D. C (2010) – Midwives experience of managing women in labour in the Limpopo Province of South Africa. **Curationis**. [em linha]. Vol. 33 nº 3 (agosto, 2007) p. 5-14. ISSN: 0969-4900. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- MELIA, K. M. (1989) – **Everyday Nursing Ethics**. Basingstoke: MacMillan Education. ISBN 0-333-47152-0.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) – **Assistência ao parto Normal: um guia prático**. Genebra [em linha]. Acessível na World Health Organization, Genebra, Suíça. Acedido em 20/05/2011. Disponível em: <http://www2.hc.ufu.br/files/PROGRAMA%20MATERNIDADE%20SEGURA.pdf>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2006) - **The world health report – Working together for health**. Geneva. [em linha]. Acessível na World Health Organization, Genebra, Suíça. Acedido em 12/07/2011. Disponível em <http://www.who.int/whr/2006/en/>.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica**. 2010/11/20. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OREM, D. (2001) – **Nursing Concepts of Practice**. 6ª Edição. Missouri: Mosbi. ISBN: 032300864X.
- OREM, D (1993) - Modelo de Orem: **Conceptos de Enfermería en la Práctica**. Barcelona. Masson. ISBN: 8445800922.
- OTLEY, Henrietta (2011) – Fear of Childbirth: Understanding the causes, impact and treatment. **British Journal of Midwifery** [em linha]. Vol. 19, Nº 4 (abril, 2011) p. 215-220. ISSN: 0969-4900. Acedido em: 15/07/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- OWEIS, Arwa (2009) – Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Practice**. [em linha]. Vol. 15, nº6 (dezembro, 2009) p. 525-533. ISSN: 1322-7114. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- OXORN, Harry (1989) – **Trabalho de Parto**. São Paulo: Livraria Roca Ltda. ISBN: 0-8385-7665-6.
- PATRÃO NEVES, Maria do Céu (2001) – **Comissões de Ética**. Coimbra: Gráfica de Coimbra. ISBN: 9789726032731.
- PATRÃO NEVES, Maria do Céu (2004) – **Para uma ética da enfermagem**. Gráfica de Coimbra. ISBN: 972-603-326-9.
- PEREIRA, Sandra (2005) – **Análise da implementação de uma abordagem de cuidar de enfermagem junto à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma aproximação ao modelo de Orem sistemas de classificação para a prática de enfermagem e diretrizes de humanização do parto**. Goiania: Dissertação de doutoramento apresentada Universidade Federal de Goiás: Faculdade de Enfermagem. Acedido em: 12/07/2011. Disponível em: bdtd.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T203201Z-32/Publico/Sandra%20Valeria%20Pereira.pdf.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes** (1998) Acessível na Direção Geral da Saúde, Lisboa, Portugal.
- RELVAS, A. P.; LOURENÇO, M. C. (2001) – Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: perspectiva sistémica. In: CANAVARRO, M. C. – **Psicologia da gravidez e da maternidade**. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972- 8535-77-5 p.105-132.
- SABATINO, Hugo. (1992) Parto Humanizado - Formas Alternativas Série Saúde da mulher. Campinas: Editora UNICAMP. ISBN 85-268-0222-4.
- SAVATER, Fernando (1999) – **As perguntas da vida**. Lisboa: Publicações Dom Quixote. ISBN 972-20-1723-3.
- SHERIDAN, C. P. et al (2011) – Comparing birth plan preferences among Irish and Nigerian women. **British Journal of Midwifery**. [em linha]. Vol. 19, nº 3 (março, 2011) p. 172-177. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- SCOTT, P. A. (2003) – Autonomia, Privacidade e Consentimento Informado: Conceitos e Definições. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196 nº 178, p. 10-15.
- GEISEL, Theodor Seuss (Dr. Seuss, 1972) – **The Lorax** - Estados Unidos da América: Randon House. ISBN: 0394823370
- SOARES, Hélia Maria (2008) – **O acompanhamento da família no seu processo de Adaptação e exercício da parentalidade**. Intervenção de enfermagem. Porto: Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade do Porto.
- SUPLEE, P.; DAWLEY, K.; BLOCH, J. (2007) – Tailoring peripartum nursing care for women of advanced maternal age. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing** [em linh]. Vol. 36 nº6 (novembro/dezembro, 2007) p.616-623. ISSN: 0884-2175. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>.
- TERESO, Alexandra (2005) - **Coagir ou emancipar?**. Coimbra: Formasau. ISBN:972-8485-44-1.
- ZIEGEL, Erna; CRANLEY, Mecca (1985) – Enfermagem Obstétrica. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Interamericana. ISBN 85-201-0088-0.

ANEXOS

Anexo 1 – “Statement 6.1.d – Keeping Birth Normal”



International Confederation of Midwives

Position Statement 6.1.d: Keeping Birth Normal

ICM Council Meeting, held together with Congress

Glasgow, 28-31 May 2008

Name of proposing Member Association:
Southern Europe Region of ICM.
Title of proposed Discussion Item:
Keeping Birth Normal
Background for the Discussion:
<p>Southern Europe Region Midwifery Associations propose an appropriate, effective, usable and accessible position statement on keeping the birth normal. Midwives' practice must be based on evidence based knowledge to improve the quality and outcomes of care. Keeping Birth Normal is an area of ICM Strategy of:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Issues of women's global health - Midwifery professional issues - Midwifery educational issues (evidence-based education) - Governments health policy - NGO's, alliances with women, parents to support normal birth - Teaching of reproductive health (and normal birth) from the school age
Statement of Belief:
<p>Midwives declare they are advocates of normal childbirth. They can demonstrate and support the advantages of normal birth but women's decisions are affected by socio-economic factors and health care systems. Some of the above influential factors are:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Women are not enough informed of normal childbirth processes and are frightened to trust their bodies and natural childbirth mechanisms. 2. Midwives are trained in hospital settings with a lot technology and may lack confidence in staying with nature's processes without any intervention. <p>ICM supports the following definition of normal childbirth: Is a unique dynamic process in which foetal and maternal physiologies and psychosocial contexts interact. Normal birth is where the woman commences, continues and complete labour with the infant being born spontaneously at term, cephalic (with the goal of mother and baby being well) without any surgical, medical, or pharmaceutical intervention.</p>
Proposed text of statement:
<p>This position statement aims at supporting Normal Childbirth in our countries since for the majority of women pregnancy and childbirth are physiological life events. Women should have access to midwifery-led care, one-to-one support, including a home birth, immersion in water, and interdisciplinary working. Midwifery Associations must influence and work in collaboration with the Ministry of Health and other Organizations. Note: the term childbirth encompasses pregnancy, birth and postnatal period.</p>
Guiding Statement for Member Associations, or Board, if applicable:
<p>All member associations will work in partnership with women as their advocate through the childbirth period and neonatal care:</p> <ul style="list-style-type: none"> - To promote Normal Childbirth within the maternity units. - To enrich the midwives' education in order to enhance skills and competencies in normal childbirth. - To organize educational courses to enhance midwives to practice Normal Childbirth. - To increase midwives' awareness of the benefits of normal childbirth in terms of maternal and perinatal health. - To establish and use health care indicators and evaluate the results of midwives' practice on normal childbirth. - To confirm midwives as the primary care giver and expert in normal childbirth. - To do research to demonstrate the effectiveness of midwifery care on normal childbirth. <p>Midwives should participate in the strategic planning and decision making process, therefore to influence governments for funding adequately maternity services.</p> <p>Governments, politicians, and decision makers should support midwives and normal birth.</p>
Supporting references:
<p>ICM / FIGO / WHO (1993 / 2005) Definition of the Midwife. ICM (1999) Vision Statement. ICM (2002) Essential Competencies for Midwifery Practice. ICM (2006) Midwifery Associations and their Role in Keeping Birth Normal. WHO, ICM and FIGO (2004) Joint Statement: Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant. Maternity Care Working Party, Consensus statement-Making normal birth a reality</p>

Anexo 2 – Escala

IO:

Data:

Idade:

Questões	Raramente	Poucas Vezes	Algumas vezes	Muitas Vezes	Sempre
Experienciei bem o trabalho de parto					
Lidei bem com o trabalho de parto					
Existiu uma razão lógica de ser para tudo o que me aconteceu durante o trabalho de parto					
Senti responsabilidade durante o trabalho de parto					
Senti-me segura durante o trabalho de parto					
Senti-me indefesa durante o trabalho de parto					
Senti stress e tensão durante o trabalho de parto					
Interagi bem com outros durante o trabalho de parto					
Fiquei satisfeita com o meu comportamento					
Não senti dor durante o parto					
Compreendo como é receber cuidados de pessoas atenciosas					
Consegui prever o que iria acontecer durante o trabalho de parto					
Senti-me como num sonho					
Estava relaxada durante o trabalho de parto					
Aprendi o que sofrimento significa					
Senti medo durante o trabalho de parto					
Senti-me uma pessoa com uma vida com sentido durante o trabalho de parto					
Senti que algo estava mal durante todo trabalho de					
Procurei assistência e ajuda das pessoas à minha volta					
Senti-me isolada durante o trabalho de parto					
Senti que não tinha controlo sobre nada durante o trabalho de parto					
Senti-me bem sucedida após o trabalho de parto					
Estava ciente do que se estava a passar ao longo do trabalho de parto					

Fonte: Oweis, A. - PCCB, Perception of Control during Childbirth 2009

APÊNDICES

Apêndice 1 – Ação de Formação “Plano de Parto” (contexto profissional, 2010)

Plano de Parto
Educação Pré-Natal:
Sua importância para obtenção de
sucesso no Plano de Parto



Trabalho realizado por:

- [Redacted]
- [Redacted]
- Nídia Nunes

Sumário

1. Objectivos do trabalho;
2. Definição de plano de Parto;
3. Importância do Plano De Parto;
4. Plano de Parto na Educação Pré-Natal;
5. Conduta dos Profissionais de Saude Perante um Plano de Parto;
6. Conteúdo do Plano de Parto;
7. Exemplos de Planos de Parto;
8. Sugestão para implementação do Plano de Partos.

Objectivos

- Dar a conhecer o Plano de Parto;
- Reflectir sobre a importância do Plano de Parto;
- Evidenciar a importância da educação Pré-Natal para a obtenção de sucesso no Plano de Parto;
- Reflectir sobre a conduta dos profissionais de saúde perante o Plano de Parto;
- Sugerir formas de implementação do Plano de Parto no Bloco de parto do [REDACTED]

O que é ?



O plano de parto ou plano de nascimento é um documento escrito pela grávida, onde expressa os seus desejos e expectativas relativas ao parto e nascimento do seu bebé.

Constitui um guia para os profissionais de saúde que assistem o parto.

É aconselhado que se realize entre as 28 e as 32 semanas de gravidez.

Porque fazer?

Permite ao casal expressar os seus desejos e assumir um papel activo no nascimento do seu filho;

Obriga-os a conhecer e a envolver-se nos procedimentos/attitudes, reflectir e decidir sobre eles;

Proporciona uma assistência humanizada ao parto e promove a autonomia da parturiente.

Como fazer?



A Educação pré-natal fornece competências ao casal que permitem, elaborar o seu Plano de Parto de uma forma esclarecida e responsável.

Hugo Sabatino (1987, 2000) defende o atendimento humanizado com ênfase na educação ao casal grávido com o objectivo de promover a participação activa e informada de ambos na gestação, trabalho de parto, parto e nascimento, por acreditar no poder e na autonomia feminina.



“É importante evitar a “obsessão por um parto perfeito”. Há que informar o casal que as expectativas e os planos de nascimento estão sujeitos à situação clínica, pelo que podem ocorrer desvios se a evolução do parto o exigir”.

*Associação Portuguesa
dos Enfermeiros
Obstetras, 2009*

Dever de informar

Código Deontológico do enfermeiro

Artigo 84.º

Do dever de informação

No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de:

- Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem;
- Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado;
- Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem;
- Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter.



Direito à Informação

Direito n.º 5

O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.

É um direito da grávida/parturiente participar nas decisões que envolvam o seu parto, o seu bem estar e do seu bebé.

Importância da Preparação para o Nascimento

Qualquer grávida pode elaborar o seu plano de parto desde de que devidamente informada, mas a a preparação para o nascimento aumenta a possibilidade de cumprir o plano de parto com sucesso.



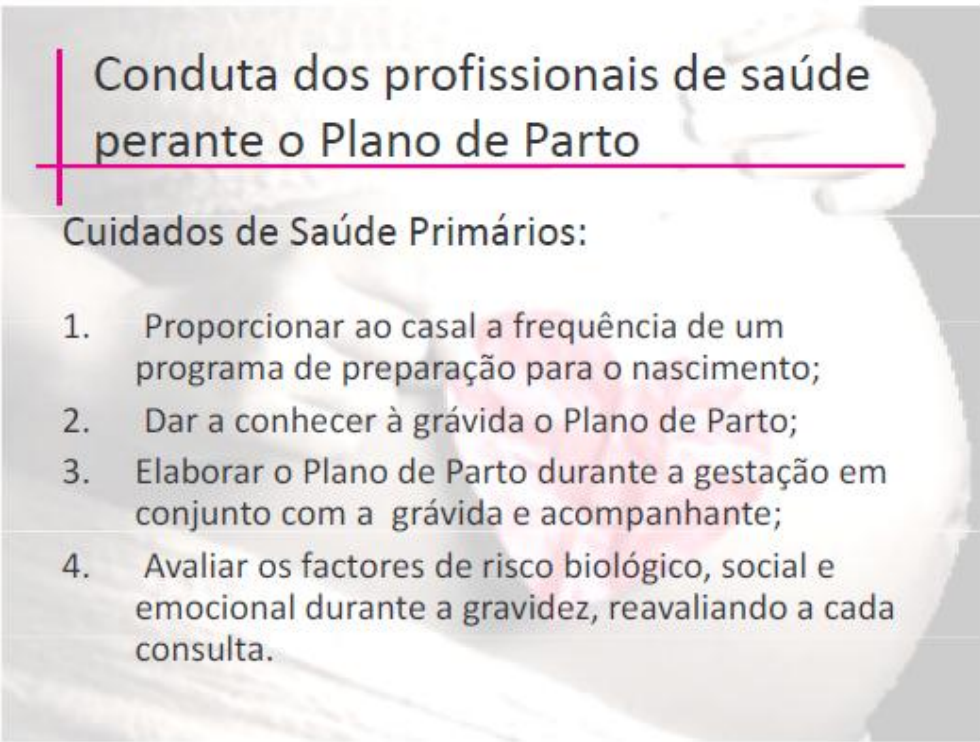


Preparação para Nascimento

A gravidez é um período pautado por inúmeras transformações — biológicas, psicológicas e sociais — que exigem um processo de adaptação, onde importa cumprir um vasto conjunto de tarefas desenvolvimentais.

Neste âmbito, é importante uma intervenção educacional pré-natal com as seguintes finalidades:

- * compreender os factores essenciais da gravidez, trabalho de parto e parto;
- * identificar os sinais de alerta e qual a atitude a tomar perante cada um deles;
- * conhecer posições de alívio e estratégias para lidar com a dor e desconforto;
- * conhecer as possíveis formas de analgesia;
- * saber a importância de um regime alimentar equilibrado;
- * conhecer o papel do pai;
- * criar os primeiros laços afectivos com o bebé antes e após o nascimento;
- * conhecer as possíveis alterações de vida que um bebé provoca no seio da família;
- * conhecer o mecanismo do aleitamento materno;
- * adquirir competências para cuidar do bebé;
- * adquirir competências nos cuidados consigo própria antes e após o parto;
- * aumentar a satisfação relativamente à sua experiência de parto.



Conduta dos profissionais de saúde perante o Plano de Parto

Cuidados de Saúde Primários:

1. Proporcionar ao casal a frequência de um programa de preparação para o nascimento;
2. Dar a conhecer à grávida o Plano de Parto;
3. Elaborar o Plano de Parto durante a gestação em conjunto com a grávida e acompanhante;
4. Avaliar os factores de risco biológico, social e emocional durante a gravidez, reavaliando a cada consulta.

Conduta dos profissionais de saúde perante o plano de parto

Cuidados de saúde diferenciados:

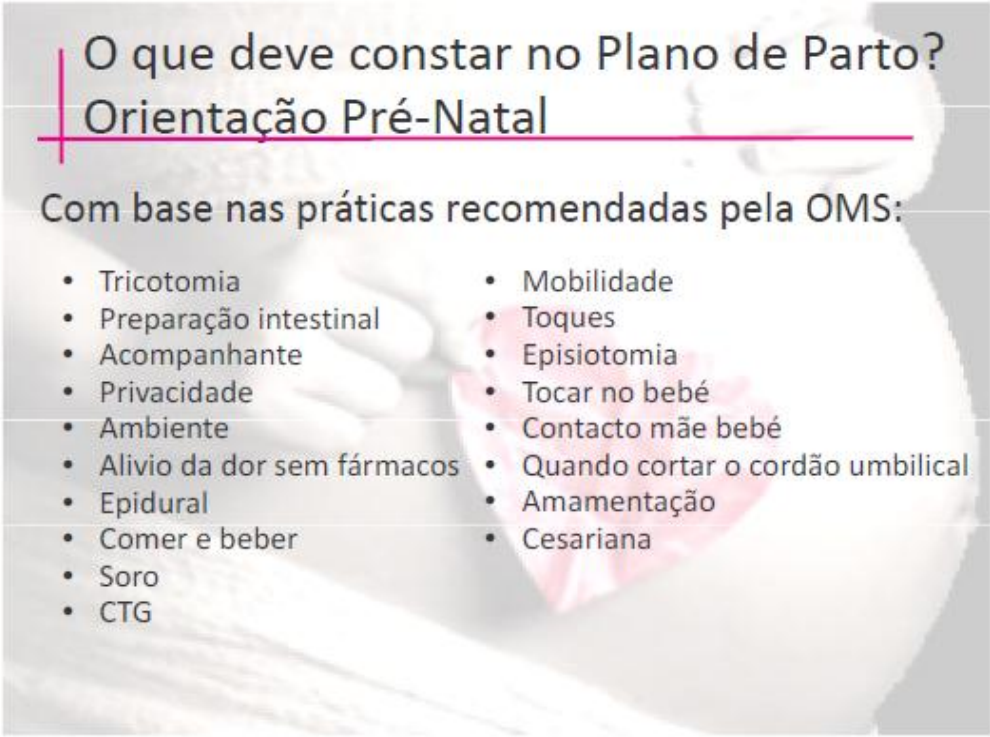
1. Avaliar física e emocionalmente a grávida no momento da admissão hospitalar;
2. Fornecer assistência de forma a respeitar os desejos expressos no plano de parto , e cumpri-los sempre que seja viável e seguro, de forma a que a mulher se sinta confiante e realizada;
3. Monitorizar ao longo do trabalho de parto o estado físico e emocional da parturiente e o bem estar fetal pelos meios disponíveis e adequados, de forma a cumprir o plano de parto com sucesso.

O que deve constar no Plano de Parto?

O primeiro passo do Plano de Parto é escolher o local de nascimento e saber se as condutas seguidas pelos profissionais de saúde vão de encontro aos seus desejos.



Deverá ser efectuada uma visita ao local onde a grávida pretende ter o seu parto, de modo a conhecer as opções que terá ao seu dispor e tomar uma decisão com base no conhecimento.



O que deve constar no Plano de Parto? Orientação Pré-Natal

Com base nas práticas recomendadas pela OMS:

- Tricotomia
- Preparação intestinal
- Acompanhante
- Privacidade
- Ambiente
- Alívio da dor sem fármacos
- Epidural
- Comer e beber
- Soro
- CTG
- Mobilidade
- Toques
- Episiotomia
- Tocar no bebé
- Contacto mãe bebé
- Quando cortar o cordão umbilical
- Amamentação
- Cesariana



Exemplo de Plano de Parto

Ao elaborar o plano de parto a grávida sente-se autónoma e assume o controlo no seu trabalho de parto e parto.

Estes detalhes podem fazer a grande diferença para o parto, tornando-o um experiência emocionalmente intensa e enriquecedora.



Sugestão para implementação

- Introduzir na visita da grávida ao Bloco de Partos informação sobre Plano de Parto.
- Apresentar esta formação aos enfermeiros responsáveis pela consulta Saúde Materna nos Centros de Saúde
- Estabelecer uma forma de comunicação do Plano de Parto ao hospital.
 - Entregar no momento da admissão
 - Enviar por e-mail
 - Enviar por fax ou correio
- Estabelecer a idade gestacional adequada ao envio (ex. 35/36).
- Identificar destinatários (ex. representantes da equipa multidisciplinar e Direcção Clínica do CA).

O Plano de Partos é algo praticamente desconhecido no nosso país, mas que gostaríamos que num futuro próximo, devidamente inserido num contexto de mudança do acolhimento do nascimento, fosse adaptado e implementado pelo nosso sistema de saúde.



Bibliografia

- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Lisboa, 2001.
- INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES – Essencial competencies for basic midwifery practice, 2002
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRASA – Iniciativa Parto Normal. Loures, 2009
- NUNES, Lucília et al – Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (CEESMO) – Proposta de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Lisboa, 2007 em www.ordemenfermeiros.pt
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) Assistência ao parto natural: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra.
- PHANEUF, M. (2001) – Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. 1ª edição. Coimbra: quarteto Editora.
- RIBEIRO, L. (1995) – Cuidar e Tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. 1ª edição. Lisboa: SEP.
- www.dgs.pt
- www.humpar.pt
- www.ordemenfermeiros.pt
- www.who.com
- www.bionascimento.com
- www.gimnogravida.pt

Apêndice 2 – Diário de Aprendizagem I

Nídia Isabel dos Santos Nunes

Estágio – Bloco de Partos – [REDACTED] de Setúbal

Diário de Aprendizagem I

“A importância da família no Empoderamento da Mulher em Trabalho de Parto”

No âmbito do estágio a decorrer no Bloco de Partos do [REDACTED], foi-me proposto a elaboração de uma reflexão sobre uma situação decorrente da prática de cuidados.

São vários os autores que abordam a maternidade numa perspetiva multidisciplinar, já que “a maternidade constitui-se como um momento complexo, sendo necessário recorrer a contributos de várias áreas (sociologia, psicologia, medicina, entre outros)” (LEITÃO, 2010, p.12).

O parto é o culminar da gravidez, assim este momento não pode ser considerado meramente biológico, tem também influências psicológicas e socioculturais. Muitas vezes reveste-se de grande tensão, dor e medo do desconhecido. Estes sentimentos fazem com que a mulher questione a sua capacidade de superação. Cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) orientar e conduzir a situação, tendo em conta as boas práticas.

É minha profunda convicção que a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto é fundamental para que este momento seja vivenciado de forma positiva, tendo sido esta uma das razões pelas quais escolhi esta temática para conduzir o meu percurso de aprendizagem enquanto futura EESMO. Após a elaboração de pesquisa bibliográfica e revisão sistemática da literatura, tenho vindo a desenvolver ao longo dos Ensinos Clínicos intervenções especializadas que promovem a autonomia da mulher/casal/família.

Este diário de aprendizagem relata de uma situação que me demonstrou que a autonomia é muito mais que poder de decisão.

A situação que passo a descrever decorreu num turno de uma tarde de abril. O turno iniciou às 16h e eu fiquei responsável por uma grávida que se encontrava em trabalho de parto. A A. de 17 anos de idade, etnia cigana estava acompanhada pela mãe. Havia sido internada no dia anterior para indução do trabalho de parto por Idade Gestacional de 41 semanas. Tinha rutura artificial de bolsa de águas desde as 17h do dia anterior e já haviam sido feitas 8 administrações de analgesia epidural, sendo a última às 15h10.

Quando realizei o toque vaginal apresentava um colo fino, com 7cm de dilatação, apresentação cefálica apoiada (plano -1), líquido amniótico claro. Aparentemente os limites ósseos da bacia teriam amplitude suficiente para um parto eutócico, contudo a apresentação estava em variedade occipito-iliaca direita posterior. A equipa médica tinha definido um período máximo de duas horas (i.e. que terminaria às 18h) para a realização de cesariana, caso não houvesse uma evolução significativa do trabalho de parto.

A A. estava muito cansada, referindo muita dor que não havia aliviado aquando a administração da última dose de analgesia epidural. A sua mãe estava muito preocupada e pedia que se realizasse rapidamente a cesariana, para assim pôr término à situação.

Expliquei à grávida e acompanhante as vantagens de um parto eutócico quer para a mãe quer para o bebé. Expliquei também que teríamos que adotar estratégias para facilitar e acelerar o trabalho de parto e promover um parto eutócico. Uma dessas estratégias seria a grávida adotar posições verticais. A grávida ficou muito renitente a levantar-se da cama, pois estava muito cansada, referindo a sua preferência em manter-se deitada. Pediu também para que lhe fosse administrado nova dose de analgesia epidural.

A acompanhante compreendeu as vantagens de um parto eutócico bem com a importância da posição vertical para abreviar o trabalho de parto. Em colaboração comigo, conseguimos convencer a A. a realizar levantar, a deambular e realizar alguns exercícios de mobilização da bacia.

Foi necessário negociar várias vezes o tempo que iria permanecer em pé. De início a parturiente solicitou repetidamente que a deixasse regressar ao leito e que lhe administrasse nova dose de analgesia epidural.

Voltei a argumentar sobre a importância daquela posição para a descida do bebé, bem como sobre a importância da dor. A grávida finalmente compreendeu e acedeu quando eu referi que teria que ser ela própria a realizar o seu parto, e que isso só era possível pela

liberdade de movimentos, e pela percepção do que o seu corpo lhe pedia. Consegui que incluir a mãe neste processo de capacitação da grávida, e as três conseguimos gerir a dor. Ao longo deste processo fui sempre elogiando a A. pelos progressos alcançados. Os esforços expulsivos foram maioritariamente realizados com a grávida em posição de cócoras.

A A. teve um parto eutócico as 17h52 de um RN feminino com 3590g IA:8/10/10 que trazia uma circular cervical apertada e confirmou-se a variedade ocipito-iliaca direita posterior.

Após o parto A. disse-me que embora tivesse tido um trabalho de parto longo e demorado, estava satisfeita com o momento do parto, e referiu o período expulsivo como o mais fácil e menos doloroso, de todo o processo.

Devido à variedade fetal, para evitar um parto instrumentalizado seria fundamental adoção de posições verticais, pois nesta posição

“o ângulo entre o eixo fetal e o estreito superior favorece o encaixamento, as contrações são mais intensa e eficientes, a mulher está mais cómoda e sofre menos dor, a duração do trabalho de parto encurta-se. Existe a evidência de que sem meditar outras manobras a posição vertical encurta o trabalho de parto em uns 25%, não influi no momento da rutura espontânea das membranas, nem sobre a frequência da modelagem da cabeça fetal e favorece a rotação interna da cabeça fetal” (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, p. 39, 2007).

Ainda em relação a este assunto, a Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) acrescenta que as posições verticais diminuem os partos instrumentados e as cesarianas pois

“melhoram a estática fetal e diminuem a percentagem de posições anómalas da cabeça fetal. Para além disso, as posições verticais incrementam os diâmetros pélvicos” (APEO, p.87, 2009).

Senti muita dificuldade em não aceder imediatamente à vontade da parturiente, que era permanecer no leito, uma vez que acredito que há respeitar o desejo da mulher. Questionei-me repetidas vezes ao longo deste processo se estaria a agir de forma correta, se não estaria e a promover uma situação traumatizante para a A., tendo várias vezes pedido a opinião da Enfermeira Orientadora que me desafiou a convencer a A. a permanecer em pé.

Foi essencial convencer a acompanhante (mãe da parturiente) dos benefícios dos cuidados que estavam a ser prestados, tendo obtido uma aliada fundamental ao longo

deste processo. Considero que o ponto de viragem foi quando eu consegui encontrar as palavras certas para conseguir capacitar a A. pelo seu parto.

Compreendi que para promover a autonomia da mulher que está em trabalho de parto o EESMO não pode deixar que a mulher simplesmente tome a decisão, sem antes explicar, negociar, e orientar. Pois “num momento tão potencialmente assustador, a dor e o medo da morte, assumem uma dimensão particularmente significativa” (LEITÃO, 2008, p.14). Há que encontrar as estratégias necessárias e acima de tudo responsabilizar a grávida pelo seu parto, e explicar-lhe o papel da dor. É necessário negociar, orientar, elogiar e coordenar esforços, sendo fundamental o incluir o acompanhante neste processo (LEITÃO, 2008).

Provavelmente, se tivesse acedido ao primeiro pedido da grávida em manter-se no leito, o trabalho de parto teria sido mais prolongado resultando num parto instrumentalizado.

A felicidade da A. após o nascimento do seu bebé, e a palavra de agradecimento da acompanhante foram compensadores do meu trabalho, tendo eu ficado com a sensação de missão cumprida. É esta a razão do meu empenho, e do sentimento de realização que este estágio me tem vindo a proporcionar.

Ao longo da realização desta reflexão compreendi que o momento do parto está carregado de um enorme significado, para todos os intervenientes. É fundamental reconhecer, aceitar e querer explorar os seus próprios sentimentos. O EESMO tem o papel de ajudar, cuidar e a sensibilidade de promover o desenvolvimento e realização da mulher/casal/família.

Esta reflexão mostrou-me que a excelência dos cuidados coloca o Enfermeiro e a mulher/casal/família no mesmo nível de igualdade, numa relação de parceria em que ambos evoluem mutuamente.

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (2009) – **Iniciativa Parto Normal**. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-49-3.

LEITÃO, Filipe (2010) – **Autonomia da mulher em trabalho de parto**. Lisboa
Dissertação de mestrado apresentada na Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina
Departamento de Bioética.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2007) - **Guia de Práticas Assistenciais**. 2007. Acedido a
15/04/2012. Disponível em [http://www. /iperba/arquivos/sofia_feldman.pdf](http://www.iperba/arquivos/sofia_feldman.pdf)

Apêndice 3 – Diário de Aprendizagem II

Nídia Isabel dos Santos Nunes

Estágio – Bloco de Partos – [REDACTED] e Setúbal

Diário de Aprendizagem II

“Obsessão pelo parto perfeito”

No âmbito do Ensino Clínico IV, a decorrer no Bloco de Partos, foi-me proposta a elaboração de uma reflexão sobre uma situação decorrente da prática de cuidados que tenha promovido o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO).

Sendo a autonomia a temática que conduz o meu processo de aprendizagem, decidi uma vez mais refletir acerca de uma situação relacionada com o poder de decisão do casal em trabalho de parto.

O “nascimento é, historicamente, um evento natural, considerado mobilizador e marcante na vida da mulher e família” (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (APEO), 2009, p.13). Assim, o parto é uma experiência de vida com repercussões a longo prazo, influenciando o bem-estar da mulher, da criança e a relação entre o casal (Berg, Lundgren e Lindmark, 2003). Logo, é fundamental para mim enquanto futura EESMO desenvolver intervenções ao longo do trabalho de parto que tornem este momento positivo e compensador. O poder de decisão, configura-se assim como um fator fundamental para a vivência positiva do parto.

“Na atualidade, a possibilidade e efetivação da escolha por parte das mulheres/casais grávidos face às vivências que desejam, em concreto, em relação ao local de parto, tipo de parto e nascimento dos seus filhos, é uma realidade” (VARELA E SILVA, 2012, p.1).

A situação sobre a qual vou refletir aconteceu num turno da tarde, no mês de março, no qual fiquei responsável por um casal que pretendia ter o seu parto em imersão na água. A parturiente, M. de 32 anos, tinha o Índice Obstétrico de 0010 e 40 semanas e 2 dias de

Idade Gestacional. De notar que M. não apresentava quaisquer fatores de risco associados.

O casal trazia um plano de parto que descrevia alguns desejos para o parto, nomeadamente que M. pretendia a ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, a auscultação intermitente de Batimentos Cardio-Fetais, um número restrito de toques vaginais, a não punção de acesso venoso, bem como a não realização de episiotomia.

Estando o Enfermeiro [REDACTED] impossibilitado de estar presente durante a expulsão, e sendo esta uma condição para esta se efetuar em imersão (uma vez que as EESMO do Bloco de Partos ainda estão processo de formação), o casal foi informado logo à entrada que poderiam usufruir da imersão na água apenas para o primeiro estágio do trabalho de parto.

Quando recebi o turno, M. já tinha estado o primeiro período dentro da água há cerca de 2 horas (conforme o protocolo do serviço). Estava muito cansada e queixosa, encontrava-se em posição sentada. Pedi permissão para observar, tendo explicado que o objetivo da observação era averiguar a dilatação do colo, a apresentação e situação fetal, e os diâmetros da bacia, para, deste modo, poder orientar e conduzir o trabalho de parto. A M. assentiu de forma renitente. M. apresentava o colo com 8 cm de dilatação, a apresentação cefálica no plano -1 e aparentava variedade ocipitio-iliaca posterior direita.

Como já tinha decorrido duas horas após a primeira imersão, sugeri que M. regressasse para a piscina, sugestão que foi bem aceite. Apresentava alguma resistência à mobilização pedindo ao marido que a levasse ao colo. Expliquei a importância da mobilização e da deambulação e do movimento de entrar para a piscina ao que a M. consentiu com alguma relutância. Permaneceu em imersão durante 1 hora e trinta minutos (conforme o protocolo do serviço).

Após a saída, a observação revelou que apresentava colo com 9 cm de dilatação, apresentação mantinha-se no plano -1. Orientei-a para a deambulação e para a adoção de posições verticais. Teve dilatação completa passado 1 hora. Foi um período expulsivo longo e que exigiu grande esforço da M. que foi alternado entre diferentes posições.

No período expulsivo verificou-se que seria necessário efetuar uma episiotomia para facilitar a progressão do feto e evitar uma laceração extensa, uma vez que os tecidos do períneo apresentavam-se muito tensos. Expliquei a situação à parturiente que consentiu que fosse efetuada episiotomia. Nasceu um recém-nascido feminino de 3920g, Índice de Apgar 10/10 e confirmou-se a variedade ocipito-iliaca direita posterior.

A dequitação foi normal e aparentemente completa pelo mecanismo de Shultze. Após a dequitação, a M. estava hipotensa, pálida, com o útero hipotónico e perda de sangue aumentada. Foi assim necessário puncionar um acesso venoso para administrar ocitocina e soro via ev.

A M. não compreendeu de imediato o motivo pelo qual não se cumpriu o seu desejo de não ser administrada terapêutica endovenosa, exigindo que lhe fosse retirado o acesso venoso o mais rapidamente possível e lhe fosse permitido a ingestão de água, pois sentia muita sede. Expliquei-lhe que o útero não estava a contrair o que lhe provocava perda sanguínea extensa. A consequente hipotensão era responsável pela sensação de sede e, enquanto esta situação não estivesse estabilizada, não poderia oferecer-lhe água devido ao risco aumentado de ser necessária alguma intervenção mais invasiva.

A situação acabou por reverter rapidamente e no fim de todo este processo a M. encontrava-se exausta.

Feita a episiorrafia questioneei a M. o que sentia em relação ao seu parto. Ela respondeu-me que tinha sido diferente do que tinha idealizado, tendo sido mais doloroso, difícil e demorado. Referiu também que sentiu que não foram cumpridos alguns dos itens que referenciou no plano de parto e por isso não se sentia satisfeita com o seu parto. Esclareci que a dificuldade e demora do parto deveu-se principalmente ao tamanho do bebé e pela forma como estava posicionado (variedade) no canal de parto. Contudo percebi que, mesmo após estes esclarecimentos, o casal tinha ficado com um sentimento negativo acerca do seu parto.

De facto, este foi um parto difícil e moroso. Em todo o processo procurei ter sempre em consideração os desejos do casal, explicando sempre os motivos pelos quais não seria possível respeitar a sua vontade, procedendo ainda à negociação e ao ajuste.

Pareceu-me que este casal trazia uma idealização do parto perfeito, não admitindo quaisquer desvios ao planeado, o que não foi possível pelos motivos descritos acima.

O EESMO tem o papel de desenvolver intervenções promotoras da autonomia do casal, de forma a facilitar a tomada de decisão. Estas intervenções passam por incluir a mulher/casal nos cuidados através de um processo informativo, realizado ao longo da gravidez, que explique o fundamento dos cuidados. As “mulheres grávidas precisam de estar informadas, discutir e decidir em conjunto com os profissionais de saúde que as atendem.” (GOBIERNO DE ESPAÑA, 2007, p. 46).

É fundamental que, ao longo deste processo, seja transmitido à mulher/casal uma noção de flexibilidade, e que a mulher seja orientada no sentido de efetuar as escolhas mais racionais, pois a não realização da escolha tem um impacto emocional negativo, explica Jomeen (2007). Assim, o EESMO terá que ter presente o aumento de atenção que estas mulheres precisam de modo a minimizar este sentimento de angústia. Desta forma, “é muito importante que o EESMO elucide e capacite casal grávido (ao longo do período pré-natal) para a possibilidade de vivências diferentes às que expectam, no sentido de evitar a obsessão por um parto perfeito” (MADRUGA E SILVA e VARELA, 2012, p.1).

Considero que o parto culminou de forma favorável e positiva, tendo tido o casal um enorme mérito neste desfecho. Contudo causa-me algum sentimento de descontentamento que o casal não tenha tido esta perceção, tendo ficado apenas centrado nos aspetos negativos.

Após refletir acerca desta situação, considero que não a minha intervenção não poderia ter sido diferente, pois tentei sempre cumprir o desejo da mulher/casal e quando não foi possível foi sempre explicado o motivo e negociadas as intervenções com o casal. Adicionalmente, ao longo deste processo elogiei sempre o casal, atribuindo-lhe mérito pelo alcançado. Mantive uma postura de respeito e disponibilidade.

No entanto, senti que não consegui estabelecer uma relação de confiança com o casal. Após ter refletido sobre esta situação, não consigo encontrar outras intervenções que melhor se adequassem àquela situação.

Na minha opinião este casal teria necessitado de um esclarecimento durante o período pré-natal por forma a assimilarem que todas as suas expectativas, bem como o plano de nascimento, estão sujeitos à situação clínica, pelo que podem ocorrer desvios se a evolução do parto o requer.

Entendo assim que esta pode ser uma oportunidade de melhoria na interligação dos cuidados de saúde nas várias fases de atendimento ao casal grávido, pois é necessário que as enfermeiras que prestam cuidados peri-natais trabalhem em parceria com as enfermeiras que prestam cuidados pré-natais de forma a que a educação pré-natal seja coerente com a prática (Simmonds, 2008).

BIBLIOGRAFIA

GOBIERNO DE ESPAÑA (2007) – **Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud**. Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones. ISBN: 351-08-051-7.

JOMEEN, J. (2007) - Choice in childbirth: a realistic expectation?. **British Journal of Midwifery**. [em linha]. Vol. 15 nº 8 (agosto, 2007) p. 485-490. ISSN: 0969-4900. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&hid=126&sid=0c80fd8a-a249-4fcc-8cc1-f228adadfd5e%40sessionmgr112>

MADRUGA E SILVA, Cristina; VARELA, Vítor (2012) - A Efetivação da Mudança do Paradigma Paternalista para o Paradigma da Autonomia no que Respeita às Escolhas da Mulher/Casal Grávido Inerentes ao Parto. **ForumEnfermagem**. Acedido em: 30/06/2012. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3630:a-efectivacao-da-mudanca-do-paradigma-paternalista-para-o-paradigma-da-autonomia&catid=225:maio-a-junho2012

SIMMONDS, ANNE (2008) – Autonomy and Advocacy in Perinatal Nursing Practice. **Nursing Ethics**. [em linha]. Vol. 15, nº 3 (maio, 2008) p. 360-370. ISSN: 0969-7330. Acedido em: 10/07/2012 de EBSCOhost. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=122&sid=a1d7a26e-3145-4c4b-a114-1add6568092b%40sessionmgr110>.

Apêndice 4 – Cronograma de Atividades

[illegible]

Apêndice 5 – Aula de Preparação para o Parto

PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO

TRABALHO DE PARTO PARTO

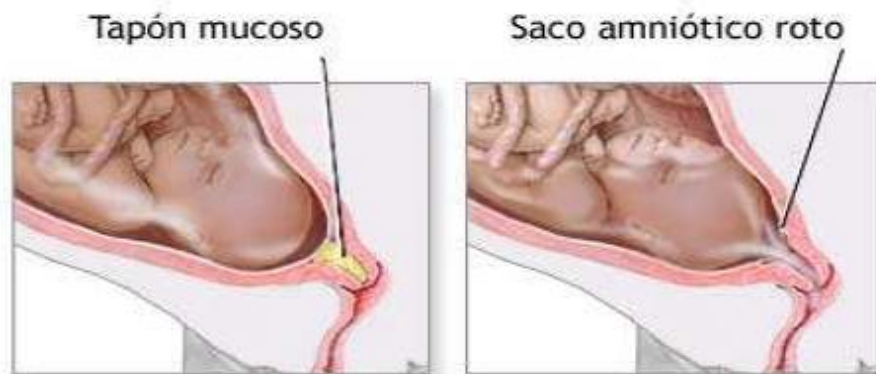


TRABALHO DE PARTO

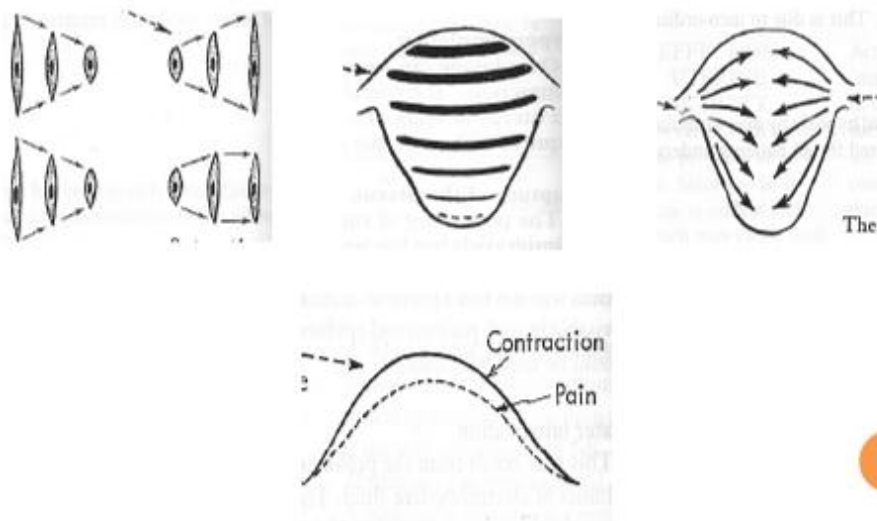
É um processo natural que culmina com a expulsão do feto e da placenta numa gravidez de termo (37/41) semanas.



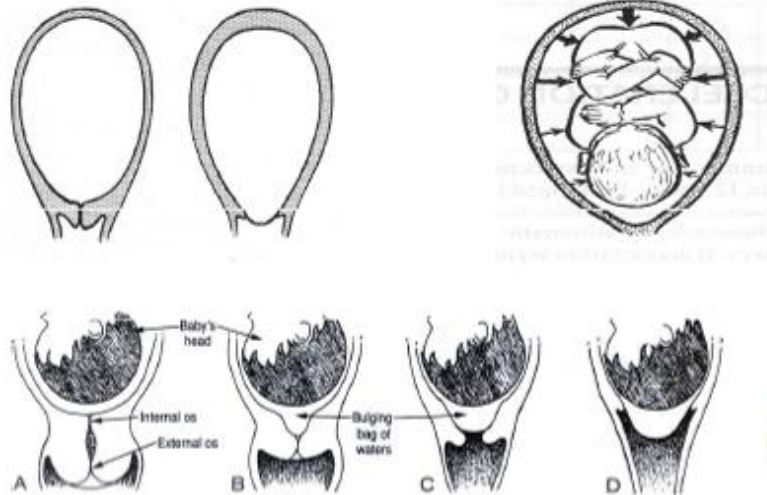
ROLHÃO MUCOSO VS BOLSA DE ÁGUA



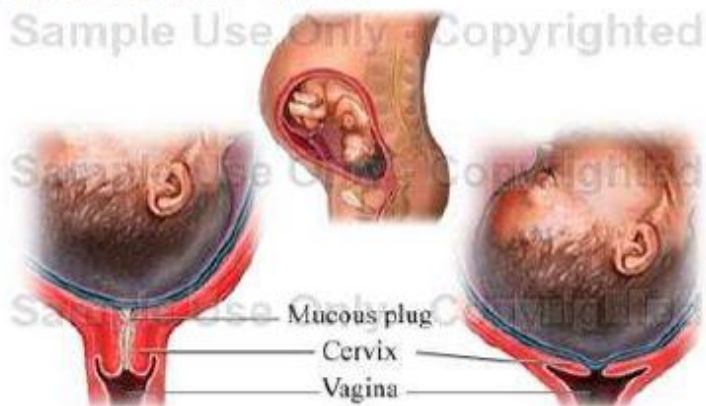
ACTIVIDADE UTERINA - CONTRACÇÕES



ACTIVIDADE UTERINA - CONTRACÇÕES



TRABALHO DE PARTO



FASES DO TRABALHO DE PARTO



Sensação de cólica, incômodo ou desconforto no baixo ventre; as contracções são irregulares curtas e fracas.

FASE LATENTE – RELAXAMENTO DESCONTRACÇÃO NEURO-MUSCULAR



- Reforça a capacidade de concentração
- Ajuda a dissociar o binómio contracção – dor
- Tranquiliza a mente
- Aumenta a sensação de controle
- Facilita as condições de trabalho do útero:
- Diminui o gasto de energia e consumo oxigénio



FASE LATENTE – MOVIMENTO

POSIÇÕES DE CONFORTO



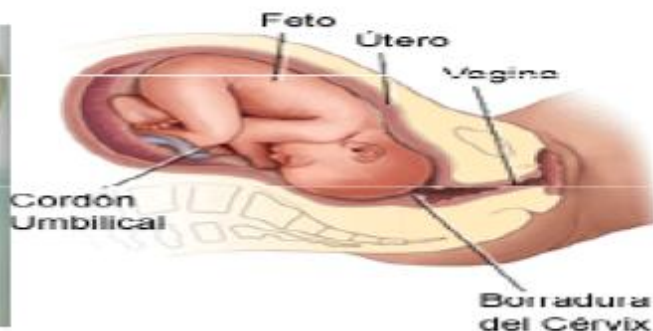
Em posição erecta, as contracções serão mais fortes, tornam-se mais frequentes e regulares.

A gravidade alinha o feto com o ângulo pélvico à medida que o útero se inclina para a frente a cada contracção. A posição vertical abrevia o TP e reduz a dor



FASES DO TRABALHO

Fase Activa



A dor tem uma localização difusa no abdómen anterior; as contracções são intensas e regulares. É uma dor visceral, vai de moderada a aguda entre os 4 e 7 cm, e é severa, constrictiva e espasmódica;

POSIÇÕES DE CONFORTO E MOVIMENTO



POSIÇÕES DE CONFORTO E MOVIMENTO



RELAXAMENTO PELA ÁGUA



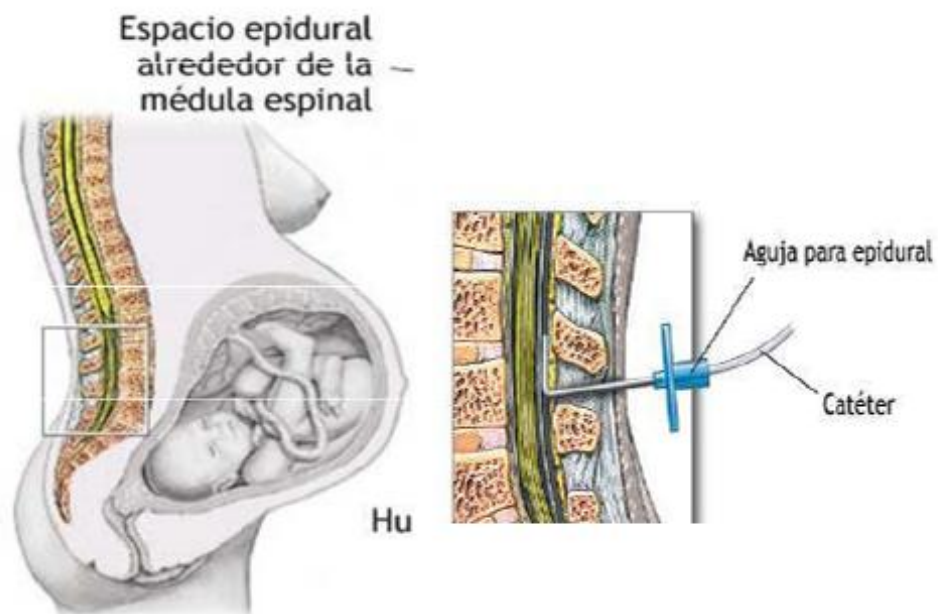
A água morna promove o relaxamento, proporciona sensação de bem estar e alivia a dor de três formas: **calor, flutuação e massagem.**

As mulheres sentem-se seguras e relaxadas, com consequente benefício na evolução do TP.

RELAXAMENTO PELA ÁGUA



EPIDURAL



EPIDURAL



Sitio de la inyección

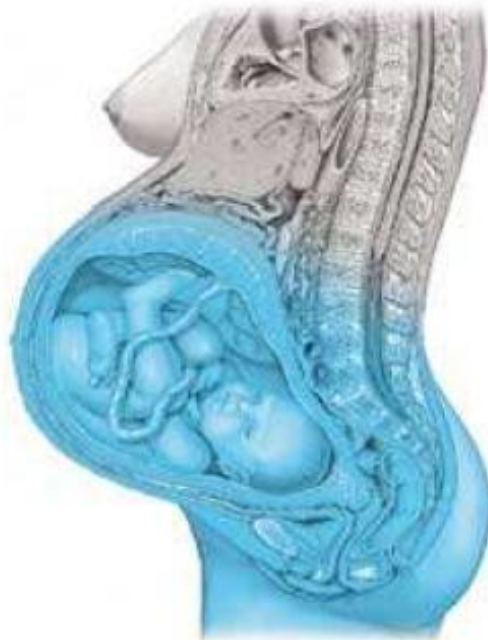
Sentada

Posiciones para la epidural



Acostada de lado

EPIDURAL

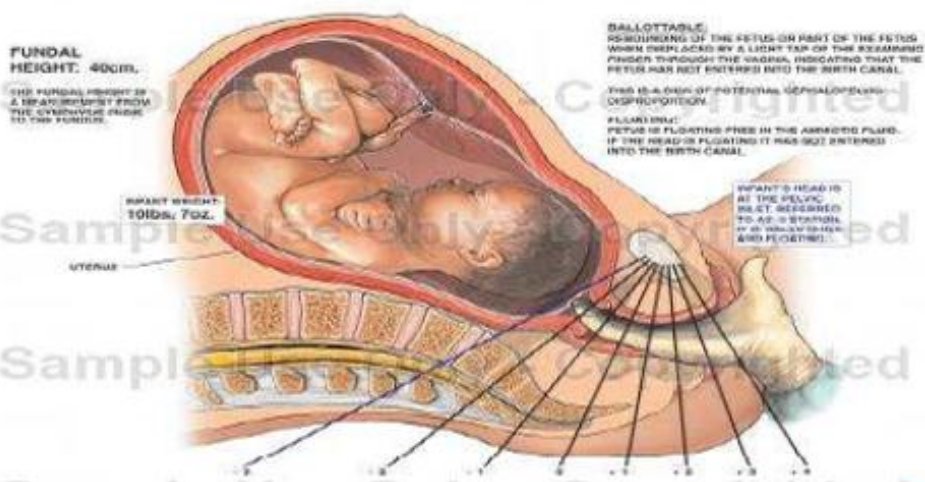


Área general de
adormecimiento



TOQUE

Cephalic Presentation of the Infant with Failure of Descent Due to Cephalopelvic Disproportion

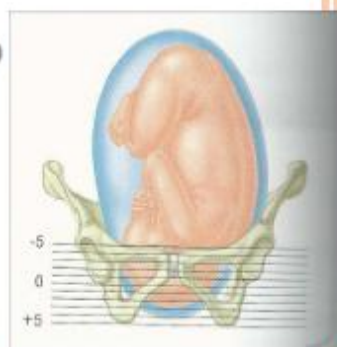
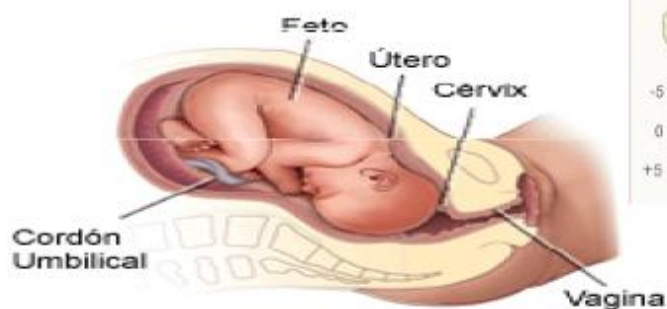


CTG



FASES DO TRABALHO DE PARTO

Fase de Transición



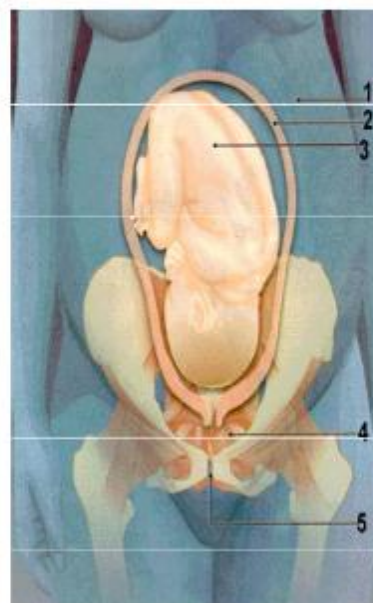
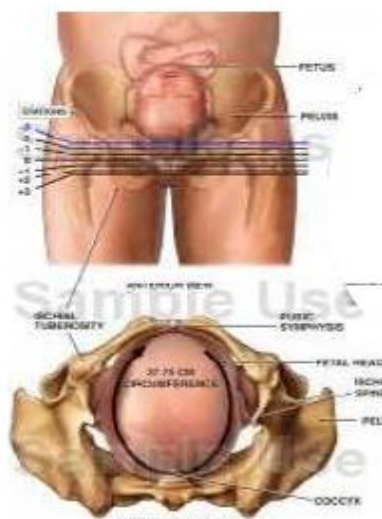
Dor somática causada pelo atrito entre o feto e o canal de parto e pela pressão exercida sobre o períneo, bexiga, intestinos e ligamentos uterinos.

A dor é intensa e bem localizada.

FASES DO TRABALHO DE PARTO



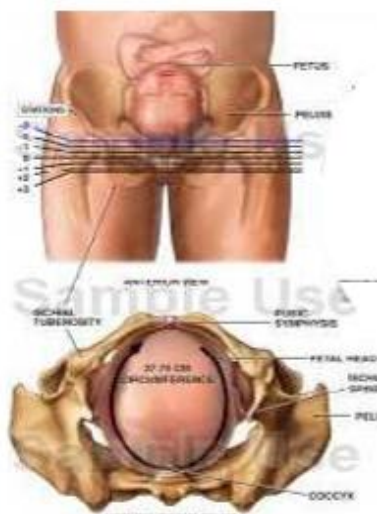
FASES DO TRABALHO DE PARTO



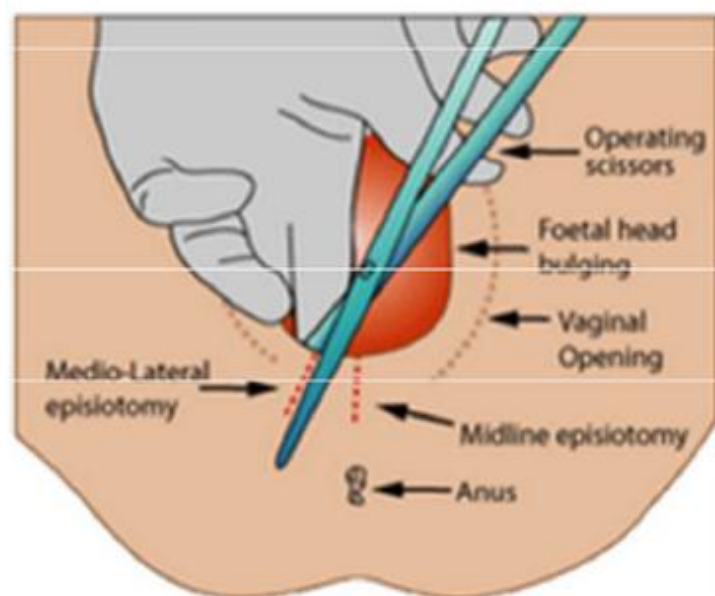
FASES DO TRABALHO DE PARTO



FASES DO TRABALHO DE PARTO



EPISIOTOMIA



PERÍODO EXPULSIVO



CABEÇA DO BEBÉ



NASCIMENTO

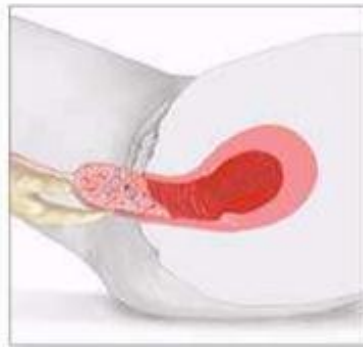


DEQUITADURA

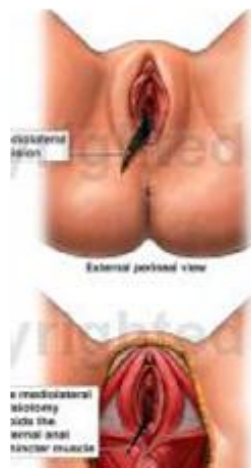
Placenta en el útero
inmediatamente
después del parto



Remoción de la placenta

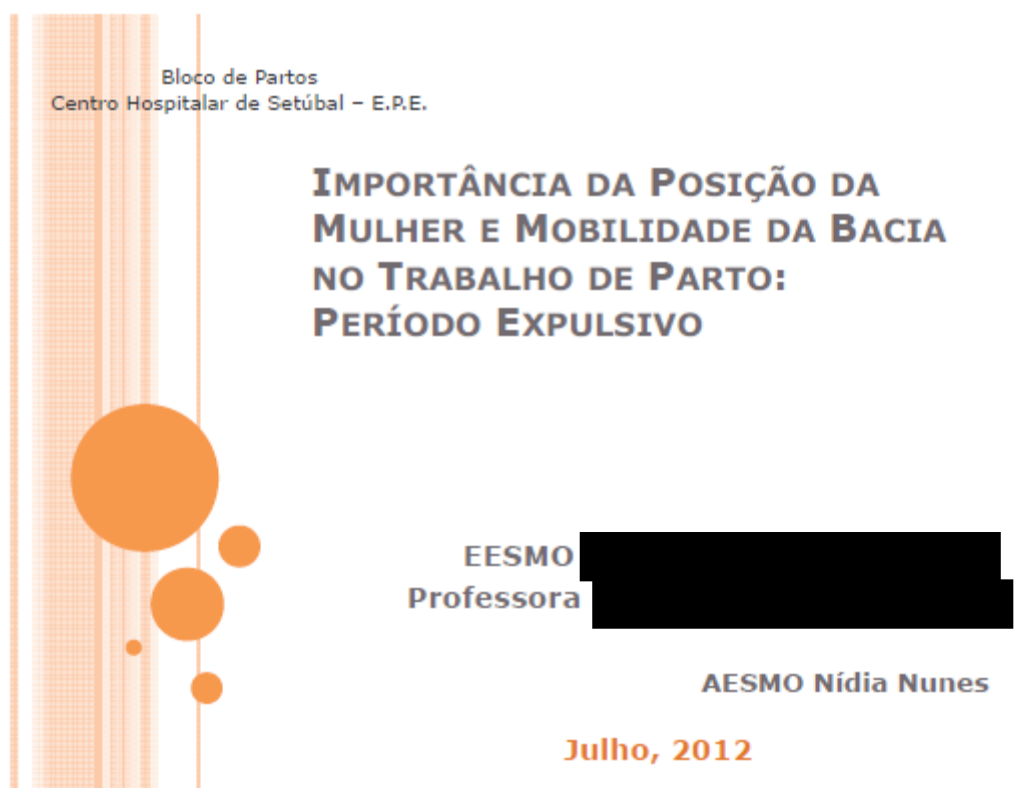


EPISIORRAFIA





Apêndice 6 – Ação de Formação “Importância da Posição da Mulher e Mobilidade da bacia no Trabalho de Parto: Período Expulsivo”



A importância da posição da mulher no trabalho de parto - período expulsivo

A Bacia

Aspectos anatómicos e funcionais da bacia relevantes para o trabalho de parto.

Posição da Mulher

Posições para o período expulsivo do ponto de vista anatómico e funcional para o parto.

Revisão da Literatura

Quais as vantagens e desvantagens das diferentes posições da mulher para o parto?

Experiência Pessoal

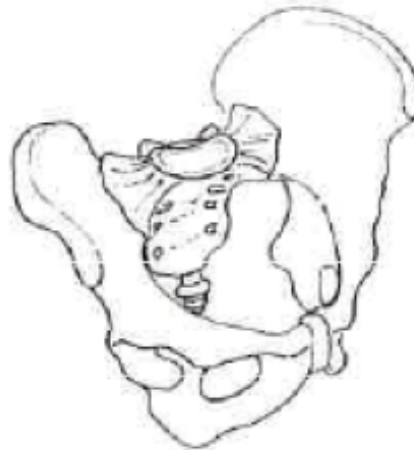
Algumas situações experienciadas.

A Bacia

A união do tronco com os membros inferiores é como um grande anel ósseo de contornos irregulares.

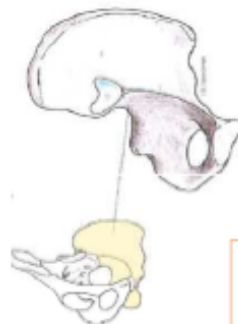
Composta por quatro ossos:

- dois ossos ilíacos
- sacro
- cocix



A Bacia Osso Ilíaco

Ílion
Ísquion
Púbis



Ao bascular a bacia, a parte superior do osso ilíaco e a parte inferior movimenta-se em sentido oposto:

- Se a crista ilíaca avança o ísquion retrocede;
- Se o ísquion separa-se a crista ilíaca aproxima-se e vice-versa.

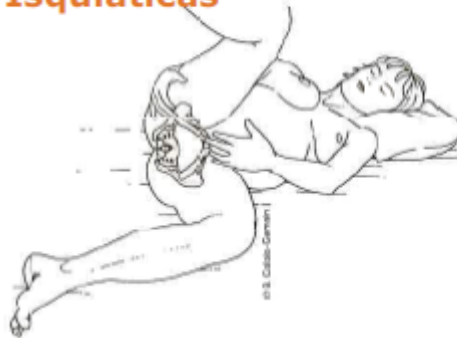
Crista Ilíaca
Espinha Ilíaca Anterior
Espinha Ilíaca Posterior
Linha Iliopectínea
Acetábulo
Espinhas Isquiáticas
Tuberosidades Isquiáticas
Buraco Obturado
Ramos Púbicos

A Bacia

Osso Ilíaco - Espinhas Isquiáticas

Saliência óssea que se encontra no ísquion.

Constitui a inserção para os potentes ligamentos que unem o osso ilíaco e o sacro.



São relevos ósseos importantes para o parto. Se estão muito proeminentes ou excessivamente dirigidos para o interior podem obstruir a passagem do feto.

Determinados movimentos da bacia, em particular os que utilizam os ossos ilíacos, permitem modificar a direcção e a separação entre as espinhas isquiáticas.

A Bacia

Osso Ilíaco - Arcada púbica

Na região inferior, os ossos ilíacos formam a arcada púbica. Os ramos isquiopúbicos unem-se à frente a nível da sínfise púbica.



Quanto mais estreito é o ângulo formado, mais complicado será o parto. Quando mais aberto mais fácil será.



O ângulo poderá modificar-se ligeiramente porque é unido por tecido flexível.

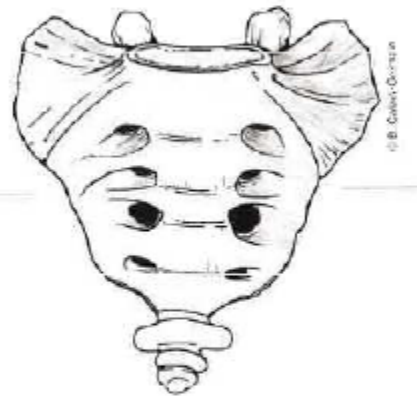
A Bacia

O Sacro

Osso posterior da bacia que está formado por cinco vertebrae soldadas.

Tem uma forma de triangular com duas faces:

- Face Posterior: convexa.
- Face Anterior: concava que forma a curvatura posterior da escavação pélvica.



As faces não são paralelas o que faz com que o sacro seja mais espesso no terço superior que no terço inferior.

A Bacia

A parte superior do sacro

As faces anteriores e posteriores do sacro delimitam uma face superior – que suporta o último disco vertebral.

O bordo anterior da face superior do sacro – promontório constitui um ponto de referência fundamental para determinar a passagem do feto.



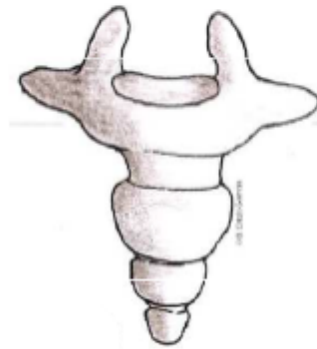
O sacro passa de uma forma concava – promontório – para uma forma convexa. À passagem, a cabeça do feto irá rodar para a parte mais oca.

A Bacia

O Coxis

É um pequeno osso situado abaixo do sacro constituído por três a cinco vertebrae.

A partir dos 20 anos de idade existe uma tendência para ossificação das articulações quer entre a parte superior do cóccix e a parte inferior do sacro, quer entre a parte superior e inferior do cóccix.



Por vezes a mulher pode apresentar um cóccix assimétrico ou numa posição mais ou menos dirigida para a parte anterior.

A Bacia

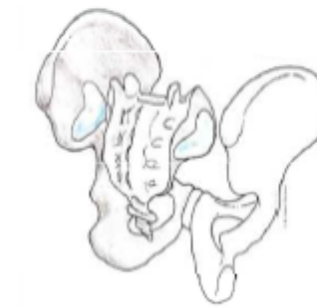
Como se articulam os ossos

Entre estes três ossos da bacia encontram-se três articulações:

- Duas articulações sacroilíacas (parte posterior).
- Sínfise púbica (parte anterior).

A bacia também articula com o esqueleto adjacente:

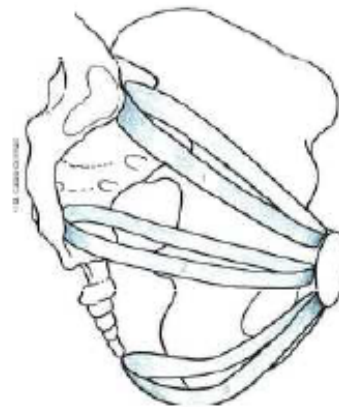
- O sacro com a última vértebra da coluna lombar.
- Cada ilíaco articula-se com o fémur (articulação coxo-femural).



Estas articulações são normalmente pouco móveis, devido à forma das superfícies ósseas e à presença de numerosos ligamentos. Contudo, durante o trabalho de parto é possível maior mobilidade devido à produção de relaxina e progesterona.

A Bacia Estreitos

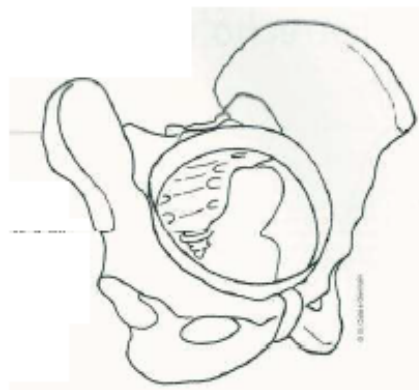
Verticalmente, os três estreitos não se encontram sobrepostos, estando dispostos de forma oblíqua entre si; estreito superior; estreito médio e estreito inferior.



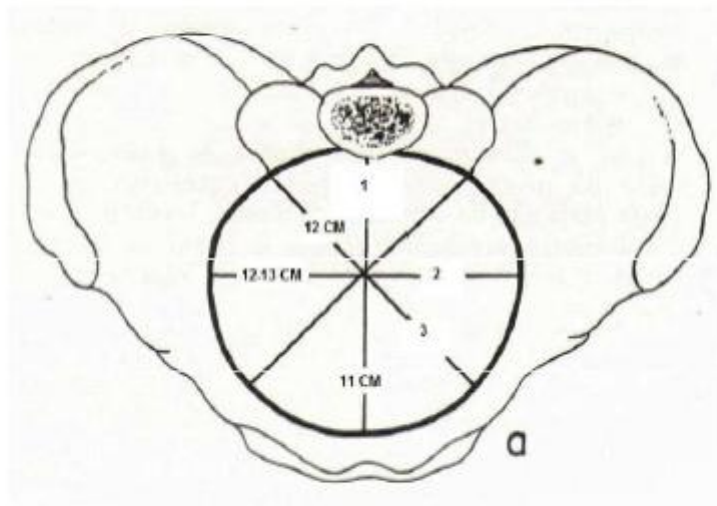
Os estreitos não tem os maiores diâmetros sobrepostos o que obriga à que exista uma rotação fetal.

A Bacia Estreito Superior

É delimitado posteriormente pelo promontório e pelas asa do sacro, lateralmente pelas linhas ileopectíneas e anteriormente pelos ramos horizontais dos ossos púbicos e pela sínfise púbica.



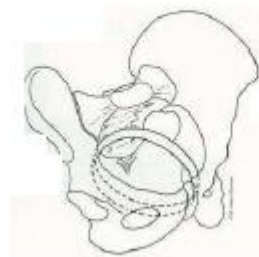
A BACIA ESTREITO SUPERIOR



A Bacia Estreito Médio

O estreito médio insere-se na escavação pélvica: um canal em forma de "J", com a face posterior formada pela concavidade do sacro e com cerca do dobro do comprimento da face anterior, a qual é constituída pela face posterior do púbis. Este canal sofre um estreitamento devido à protusão das espinhas isquiáticas, ao nível das quais se situa o menor diâmetro pélvico.

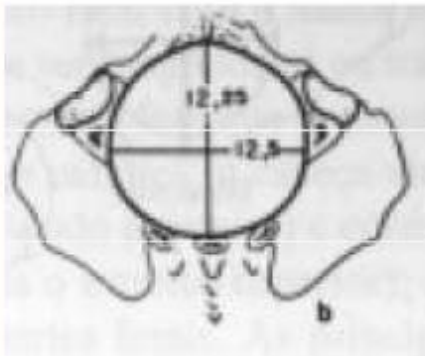
Neste estreito um elemento determinante é o tamanho e a direcção das espinhas isquiáticas que por vezes estão demasiado proeminentes.



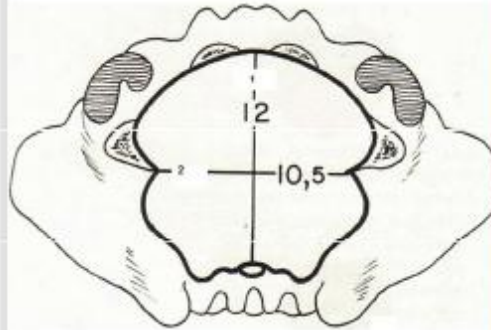
A BACIA

ESTREITO MÉDIO:

Plano de Maiores Dimensões



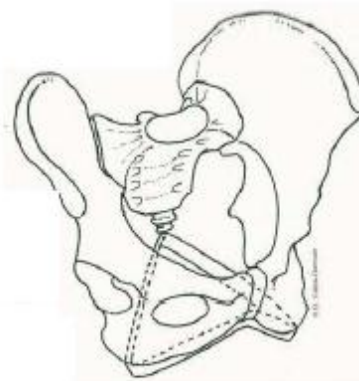
Plano de Menores Dimensões



A Bacia

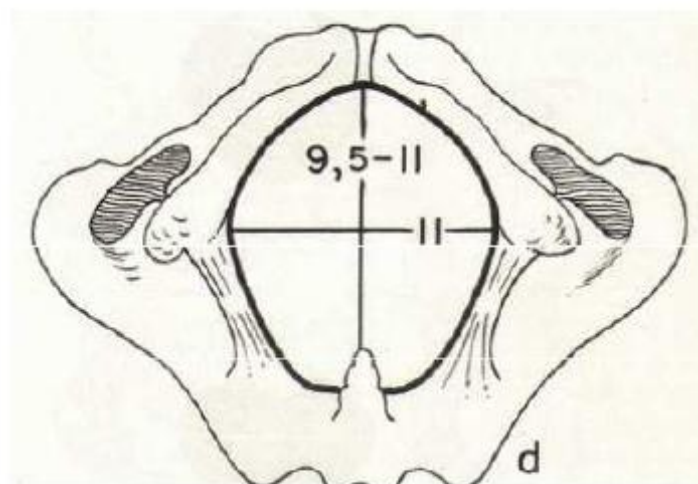
Estreito Inferior

Tem a forma de dois triângulos isósceles em que a base é comum a ambos e corresponde à linha que une as tuberosidades isquiáticas; o vértice do triângulo posterior situa-se na extremidade inferior do sacro e os lados são formados pelos ligamentos sacro-isquiáticos e as tuberosidades isquiáticas; o triângulo anterior é delimitado pela arcada púbica, tendo o vértice no extremo inferior da sínfise.



Neste estreito descrevem-se três diâmetros sendo o mais importante, em termos obstétricos, o diâmetro sagital posterior que mede a distância na perpendicular entre a extremidade do sacro e a linha intertuberositária.

A BACIA ESTREITO INFERIOR



A Bacia Estreitos

Plano pélvico	Diâmetro	Cm
Abertura Superior	Conjugado verdadeiro	11,5
	Conjugado obstétrico	11
	Transverso	13,5
	Obliquo	12,5
	Sagital Posterior	4,5
Plano Médio	Antero-posterior	12
	Bi-espinhal	10,5
	Sagital Posterior	4,5/5
Abertura Inferior	Antero-posterior anatômico	9,5
	Antero-posterior obstétrico	11,5
	Bi-tuberal	11
	Sagital posterior	7,5

A BACIA

ESTREITOS/POLO CEFÁLICO FETAL

- O estreito superior tem o diâmetro transverso maior que antero-posterior.
- O estreito médio tem o diâmetro antero-posterior do maior que o diâmetro transverso.
- O estreito inferior tem o diâmetro antero-posterior maior que o diâmetro transverso.
- O maior eixo da cabeça fetal deve encaixar-se no maior eixo da bacia materna.

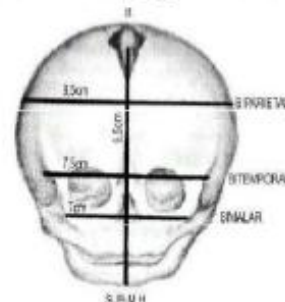


A BACIA

ESTREITOS/POLO CEFÁLICO FETAL

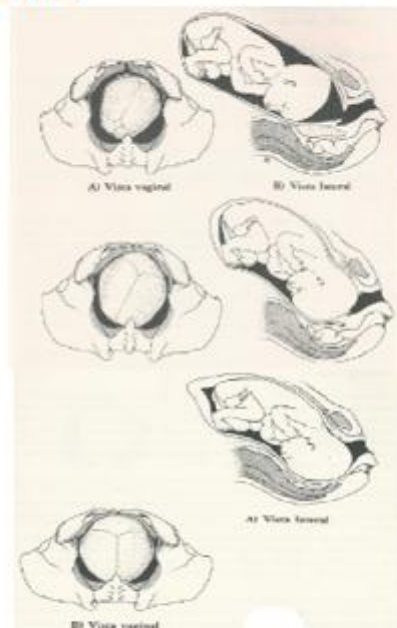
De uma perspectiva obstétrica, a circunferência da cabeça fetal é extremamente importante uma vez que a cabeça é a estrutura fetal da maiores dimensões que se deverá adaptar à bacia materna durante o parto.

Na apresentação de vértice – a posição mais comum – o diâmetro occipito-frontal é a medida mais relevante uma vez que é o maior diâmetro a atravessar o canal de parto (11,5 cm).



A BACIA

ESTREITOS/POLO CEFÁLICO FETAL



A Bacia

Rotação fetal

O caminho a realizar pelo feto não é rectilíneo, já que descreve aproximadamente um quarto de círculo.

O feto terá que contornar a sínfise púbica e a curvatura do sacro.

Para passar o estreito superior, cujo maior diâmetro é o transverso, a cabeça gira de lado frequentemente para a direita: ficando transversa.

Para passar o estreito médio, cujo diâmetro maior é o sagital, a cabeça roda de forma a que occipito fique junto do sacro.



Movimentos da bacia

Ao longo do parto a mulher deve adoptar posições corporais que coloquem os tecidos moles (músculos e ligamentos) sob tensão.



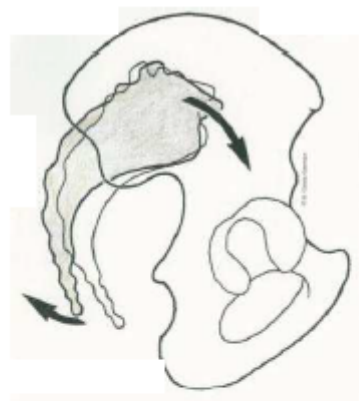
Quando um ligamento ou um músculo se encontram submetidos a tensão convertem-se em "tracionadores" dos ossos onde se inserem.

Deste modo, as tensões musculares e ligamentosas geram movimentos de tracção nos ossos criando movimentos intrínsecos e modificando a forma da bacia.

O que pode modificar a forma da bacia são as tensões ligamentosas e musculares e contracções musculares decorrentes de posições corporais.

Movimentos da bacia Nutação do Sacro

A parte superior do sacro inclina-se. O promontório fica próximo da sínfise púbica e ligeiramente para baixo. Inferiormente o cóccix afasta-se da sínfise. Este movimento aumenta a distância entre cóccix e sínfise púbica.

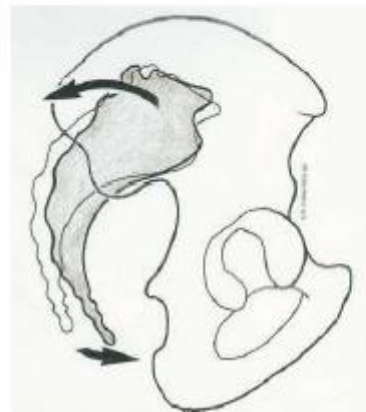


O movimentos de nutação do sacro são muito importantes no período expulsivo porque aumentam o estreito inferior.

Movimentos da bacia

Contra-Nutação do sacro

Com este movimento o sacro inclina-se posteriormente. O promontório afasta-se da sínfise púbica e sobe ligeiramente. Inferiormente o cóccix afasta-se da sínfise. Este movimento aumenta a distância entre o promontório e a sínfise púbica.



O movimento de contra-nutação durante o primeiro estágio do trabalho de parto é importante porque amplia sagitalmente o estreito superior e permite o encaixe fetal na bacia.

Movimentos da bacia

Nutação e contra-nutação dos Ilíacos

Na nutação os ilíacos vão balançar anteriormente afastando a sínfise púbica do cóccix, tendo um efeito semelhante à nutação do sacro.



Na contra-nutação os ilíacos vão balançar posteriormente afastando o púbis do promontório, tendo um efeito semelhante à contra-nutação do sacro.



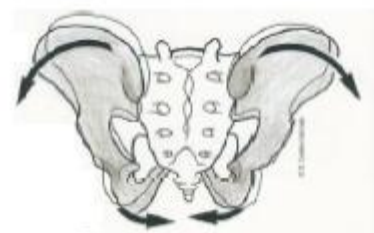
Movimentos da bacia

Abdução Ilíaca

Os ossos ilíacos giram em torno do sacro afastando-se superiormente e aproximando-se inferiormente. A sínfise púbica distende-se na região superior.



A abdução dos ilíacos é um movimento importante no início do encaixamento da apresentação na bacia, uma vez que separa as linhas iliopectíneas e amplia o diâmetro transversal do estreito superior.



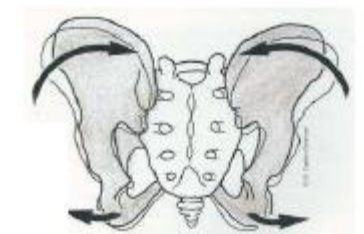
Movimentos da bacia

Abdução Ilíaca

Os ossos ilíacos giram em torno do sacro afastando-se inferiormente e aproximando-se superiormente. A sínfise púbica distende-se na região inferior.



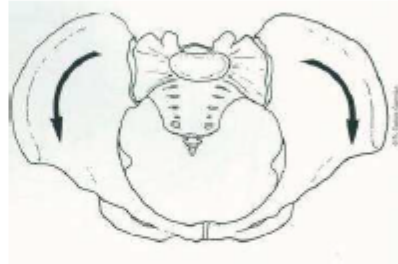
A adução dos ilíacos é um movimento importante no período expulsivo, uma vez que separa os isquions e amplia a arcada púbica.



Movimentos da bacia

Rotação interna dos Ilíacos

Neste movimento os ilíacos rodam anteriormente em redor de um eixo virtual que atravessa verticalmente a sínfise púbica. Os ilíacos afasta-me do sacro. A sínfise púbica comprime-se.

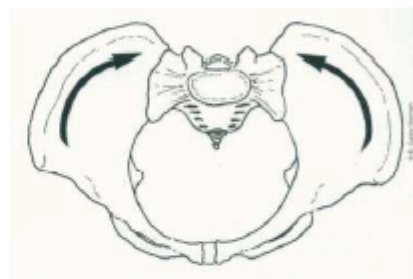


A rotação interna dos ilíacos é uma movimento importante na passagem da apresentação no estreito médio e inferior, uma vez que afasta as espinhas isquiáticas. Também aumenta o diâmetro do estreito superior, uma vez que afasta os ossos ilíacos.

Movimentos da bacia

Rotação externa dos Ilíacos

Neste movimento os ilíacos rodam posteriormente em redor de um eixo virtual que atravessa verticalmente a sínfise púbica. Os ilíacos aproximam-se. A sínfise púbica distende-se.



A rotação externa dos ilíacos é uma movimento importante na passagem da apresentação no estreito médio e inferior quando alternado com movimentos de rotação interna, uma vez que mobiliza as espinhas isquiáticas de um sentido para o outro que, com movimentos assimétricos, vão ajudar a descida da apresentação fetal e até a resolução de assinclitismos.

Movimentos da bacia

Pronação e Supinação dos Íliacos

Os íliacos rodam em redor de um eixo virtual que atravessa as linhas ileopectíneas.

Na Pronação:

- Separam-se as tuberosidades isquiáticas.
- A sínfise púbica distende-se inferiormente.

Na Supinação:

- As cristas íliacas separam-se.
- A sínfise púbica afasta-se superiormente.



O movimento de pronação separa as espinhas isquiáticas e os ísquions frontal e transversalmente aumentando o diâmetro do estreito médio e inferior. O movimento de supinação aumenta o estreito superior. A combinação destes dois movimentos facilita a progressão do feto no canal de parto.

Movimentos da bacia

Movimentos de pequena amplitude

A bacia pode bascular em ante-roversão, lateroversões ou combinar os movimentos em circundações, balançando, oscilando e rodando a bacia.

O efeito essencial destes movimentos é mudar a orientação dos estreitos, em particular do estreito superior e combinar com o efeito da gravidade que direcciona o feto para baixo, portanto faz que a bacia apresente maior declive.



A cabeça do feto vai avançando sucessivamente sobre cada um dos ossos da escavação pélvica mais rapidamente: é adaptabilidade.

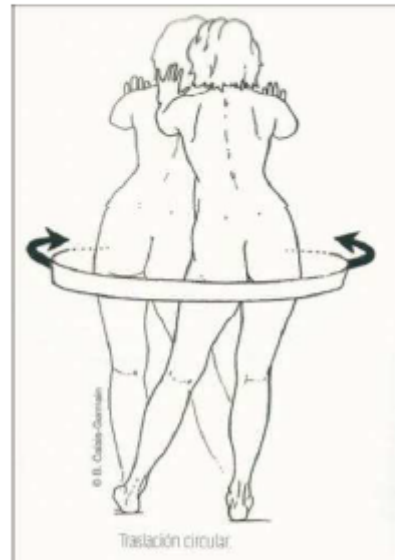
Movimentos da bacia

Movimentos de grande amplitude

Nos movimentos de grande amplitude gera-se tensão nos músculos e ligamentos da pélvis traccionando os três ossos.

Os ilíacos são arrastados e movem-se entre si e com o sacro provocando a transformação da bacia.

A linha iliopectínea, as espinhas isquiáticas e a sínfise púbica movem-se em torno da cabeça do feto.



Movimentos da bacia

Movimentos de grande amplitude

Nos movimentos laterais os músculos abdutores da articulação coxo-femural estão sobre tensão arrastando o osso ilíaco em abdução ilíaca, o que movimenta a linha iliopectínea para o exterior aumentando o diâmetro do estreito superior o que facilita a rotação e encaixe do feto.

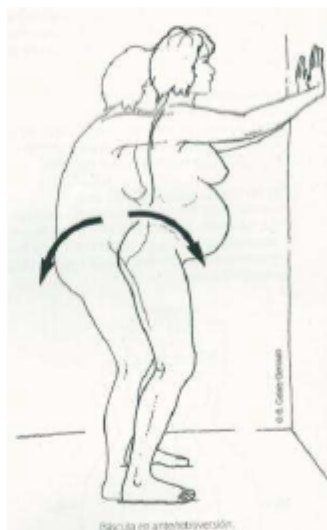
Se as pernas estão afastadas os músculos adutores ficam sobre extensão e traccionam o ísquion para o exterior aumentando a amplitude entre as espinhas isquiáticas, logo aumentando o estreito médio.



Movimentos de grande amplitude

Movimentos para a frente e para trás: no sentido posterior os músculos isquiofemorais ficam sob tensão, arrastando os ossos ilíacos em retroversão e nutilação ilíaca.

Nos movimentos da bacia em sentido anterior, os músculos flexores da articulação coxo-femural ficam sobre tensão em anteversão/contra-nutação ilíaca, o que aumenta a distância do promontório à sínfise púbica.



Aumenta o diâmetro no estreito superior e inferior.

Posição da Mulher

A mulher encontra-se de cócoras, o seu tronco inclinado para a frente e as suas mãos podem agarrar-se à cama.

Os ossos ilíacos estão traccionados e em nutação.
O sacro está submetido a uma tração dos ligamentos supra-espinhosos provocando a sua nutação.



Provoca um aumento do diâmetro antero-posterior do estreito inferior e aumenta ligeiramente os diâmetros do estreito médio.

Posição da Mulher Quatro apoios

Favorece o relaxamento das articulações sacro-iliacas. O peso do feto faz pressão na sínfise púbica e músculos abdominais. Desta forma o sacro tem uma grande liberdade.

A bacia encontra-se apoiada apenas sobre as articulações coxo-femorais permitindo que os ilíacos se posicionem em todos os sentidos e que a bacia adopte múltiplas orientações.



Posição da Mulher Quatro apoios

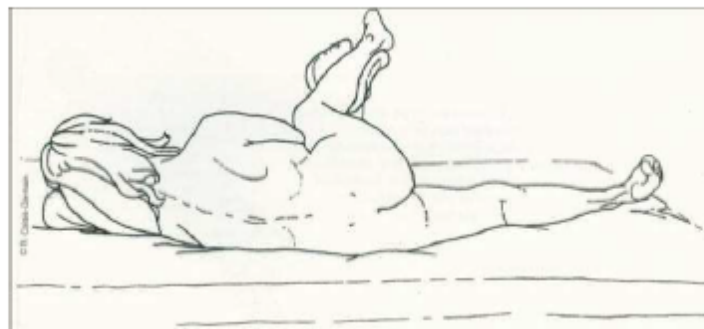
Não sendo uma posição que favoreça o encaixe do feto pode aliviar a dor sacro-lombar já que separa o feto da parte posterior. Quando a cabeça do feto já está encaixada esta posição pode favorecer a rotação fetal durante a passagem pela escavação pélvica: Manobra de Gasking.



Promove a rotação do feto de variedades posteriores para anteriores

Posição da Mulher **Decúbito lateral**

O tronco está apoiado de lado o joelho da perna de cima está flectido e o fémur está em rotação externa. O osso ilíaco que está em cima fica em supinação. O sacro encontra-se ligeiramente curvado por entre os dois ossos ilíacos que estão assimétricos, contudo não se encontra apoiado, o que permite alguma mobilidade.



Posição da Mulher **Decúbito lateral**

Os estreitos estão assimétricos:

Estreito médio: a espinha isquiática do osso ilíaco que fica em cima fica deslocada para cima.

Estreito inferior. Os isquiones estão assimétricos. O que fica em cima avança para cima e para o centro.



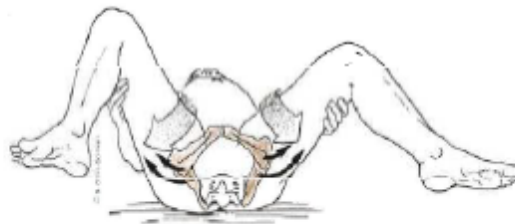
Esta posição é muito eficaz em situações em que a apresentação encontra-se alta, já que o estreito inferior aumenta de amplitude e, em simultâneo, a mobilização do osso ilíaco vai provocar uma assimetria na bacia promovendo a descida fetal.

Posição da Mulher

Posição de Mac Roberts

A coluna lombar está apoiada, mais ou menos inclinada, e a mulher segura na região popliteia provocando uma rotação interna dos fêmures. A flexão da articulação coxo-fémural provoca uma ntação e rotação interna dos ossos ilíacos.

A rotação interna do fémur arrastam os ossos ilíacos em pronação e ampliam o espaço entre as espinhas isquiáticas e o afastamento da arcada púbica.



Esta posição permite a ampliação dos diâmetros sagital e transversal do estreito médio e inferior. O ângulo da arcada púbica aumenta

Posição da Mulher

Posição de litotomia

O tronco está apoiado e as articulações coxo-femorais flexionadas. A pélvis tem a sua parte posterior toda a apoiada. O sacro está imobilizado. Esta posição não permite a mobilidade ou modificação dos estreitos.



Do ponto de vista da mobilidade da bacia, esta posição não é favorecedora pois todas as estruturas estão comprimidas, o que aumenta a sensação de dor.

Posição da Mulher

Posição sentada: Encostada na cama

O tronco está apoiado, inclinado entre 20 a 45°, as pernas estão em posição de "buda" com uma flexão e rotação externa da articulação coxo-femural. Os joelhos estão flectidos.

A bacia está apoiada sobre a parte posterior dos ísquions, estando os ossos ilíacos em supinação. O sacro tem pouca mobilidade e está em retroversão.

O estreito superior aumenta o seu diâmetro transversal.



Esta posição permite pouca mobilidade da bacia uma vez que a pélvis tem muitos pontos de apoio e suporta o abdômen grávido. Permite o descanso da mulher sendo uma posição mais indicada para o primeiro estágio do trabalho de parto, uma vez que facilita a insinuação do feto no canal de parto.

Posição da Mulher

Posição sentada: Num banco de parto

A mulher está sentada sobre um assento baixo. As articulações coxo-femorais estão em flexão superior a 90° e em adução (por vezes em rotação interna ou externa). Os ossos ilíacos estão em nutação. Os joelhos estão em flexão. A mulher pode apoiar-se no sacro e este fica em contra-nutação, ou pode apoiar-se nos ilíacos, deixando o sacro livre.

A bacia vai aumentar o diâmetro transversal do estreito superior.

O estreito médio e inferior aumentam o seu diâmetro antero-posterior se a mulher está apoiada nos ilíacos.



Esta posição permite uma grande mobilidade da bacia, uma vez que dependendo do ponto de apoio da mulher, os estreitos vão aumentando os seus diâmetros consoante as posições adoptadas pela mulher.

Posição da Mulher

Posição sentada: Na bola de "Pilates"

A mulher está sentada sobre uma bola grande. Pode apoiar o tronco e membros superiores num suporte fixo. As pernas podem adoptar diferentes posições. As articulações coxo-femorais estão em flexão entre 80 a 90° em abdução. Os joelhos estão em flexão. Os ossos ilíacos estão traccionados pelos movimentos assimétricos da articulação coxo-femural. O sacro pode realizar natação ou contra-natação.



A bola de "Pilates" possibilita uma menor pressão nas estruturas, permitindo que os estreitos se deformem e modifiquem. Esta é uma posição que favorece a rotação e descida do feto, estando mais indicada para o primeiro estadio do trabalho de parto.

Revisão da Literatura

Objectivo

Determinar as vantagens e desvantagens da utilização de diferentes posições da mulher durante o segundo estadio do trabalho de parto.

Pergunta de investigação

Quais as vantagens e desvantagens das diferentes posições da mulher durante o segundo estadio do trabalho de parto?

Metodologia

P	Participantes	Mulher	Palavras-Chave
I	Intervenções	Diferentes posições no 2º estágio do TP	Labor; Labour, Delivery; Childbirth; positions; wom*;
O	Resultados	Parto	

Revisão da Literatura

Metodologia

Foi efectuada uma pesquisa em base de dados electrónica ESBCO host (MEDLINE; CINAHL; COCHRANE; MEDILATINA).

CrITÉRIOS de inclusão: artigos com foco na problemática, com recurso a metodologia quantitativa e/ou qualitativa.

CrITÉRIOS de exclusão: artigos com linhas de orientação sem relação com a problemática, repetidos nas bases e com data anterior a 2000.

Revisão da Literatura

Resultados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Resultados
Gupta, JK; Hofmeyer, GJ; Smith, RMD – Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review) . 2009. Cochrane	<ul style="list-style-type: none">• Posições verticais diminuem a duração do segundo estágio do trabalho de parto, de partos instrumentalizados e da necessidade de episiotomia.• A mulher deve ser encorajada a parir na posição que considerar mais confortável.
Chalk, Amanda- Pushing in the second stage of labour: Part1 . 2004. British journal of Midwifery	<ul style="list-style-type: none">• A mulher deve adoptar diferentes posições durante o período expulsivo e escolher a posição que lhe ofereça maior conforto permitindo a descida e rotação do bebé.• A mulher deve estar informada das vantagens das diferentes posições e adoptar aquela em que sente mais conforto.

Revisão da Literatura

Resultados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Resultados
Jonge, ank et al – Womens positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. 2008, The authors. Journal compilation.	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a gravidez deve ser dada às mulheres informação sobre as diferentes posições para o parto e discutido as suas preferências. • As mulheres devem estar preparadas para as imprevisíveis sensações no trabalho de parto e para os factores obstétricos decorrentes da escolha das posições. • Os profissionais que assistem partos devem ganhar mais experiência na realização de partos em posições verticais.

Revisão da Literatura

Resultados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Resultados
Meyvis, Inge et al – Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. 2012 Nursing; Peer Reviewed; USA.	<ul style="list-style-type: none"> • Esforços expulsivos em posição lateral diminuem as lacerações e necessidade de episiotomia que os em posição de litotomia.
GOTTVALL, K.; ALLEBECK, P.; EKÉUS, C.. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. 2007 <i>BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology</i> , 114(10), 1266-1272.	<ul style="list-style-type: none"> • Risco de lacerações de 3º e 4º grau estão igualmente aumentados em mulheres com partos em posição de litotomia e posição de cócoras, em relação a outras posições. • Posições para parir estão relacionadas com o traumatismo do períneo.

Revisão da Literatura

Resultados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Resultados
Gayeski, M; Bruggemann, O – Percepções de Puerperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal , 2009, Revista Latino-am enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> • Segundo as puérperas, as vantagens da posições verticais são: favorece a participação; mais cômoda; reduz o esforço expulsivo; as desvantagens são: desconforto e falta de intervenção dos profissionais de saúde. • Segundo as puérperas as vantagens da posições horizontais são: gera segurança e sensação de ser ajudada; as desvantagens são: desconforto e dificuldade de fazer força. • Os discursos sobre os aspectos positivos da posição vertical e negativos da posição horizontal destacam-se de forma mais intensa e frequente.

Revisão da Literatura

Resultados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Resultados
Jonge, A.; Rijnders, M.; Van Diem, M.; Scheepers, P.; Largo-jassen, A - Are There Inequalities In Choice Of Birthing Position? Sociodemographic And Labour Factors Associated With The Supine Position During The Second Stage Of Labour. (2009). Midwifery, 25(4), 439-448	<ul style="list-style-type: none"> • O parto na posição sentada ou semi-sentada não aumenta o risco de traumatismo perineal. • As mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que se sintam mais confortáveis.
Santos, P. et al - Maternal position at birth and the newborn Apgar score: cross-sectional study. 2009, journal of nurse	<ul style="list-style-type: none"> • O valores de índice de Apgar do RN são mais altos em partos cujos esforços expulsivos foram na posição vertical que na posição horizontal.

Revisão da Literatura

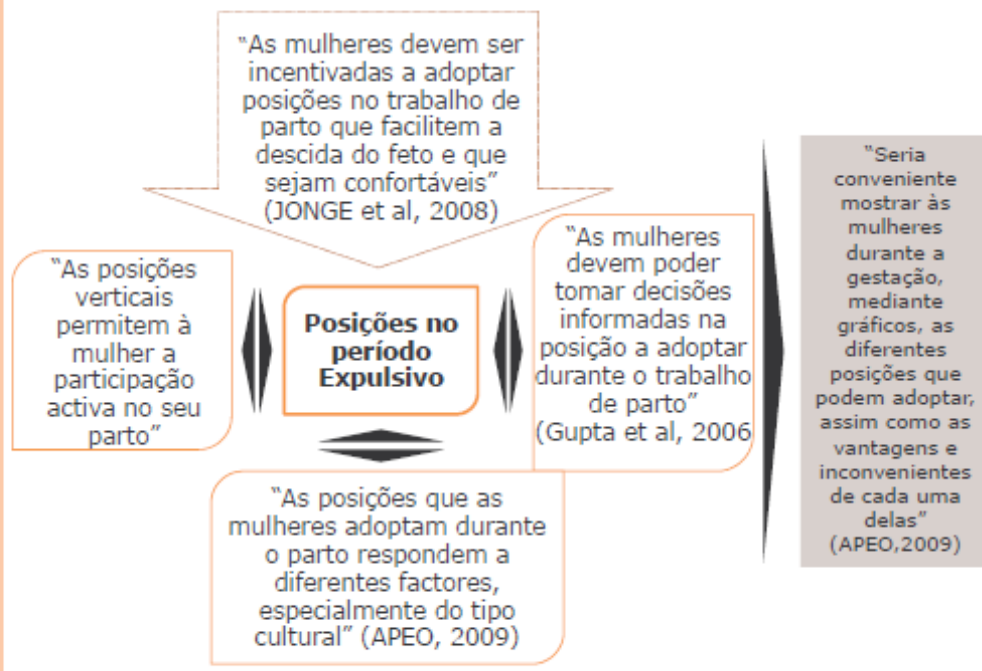
Resultados

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Resultados
Calderón et al – Parto vertical retomando a uma costumbre ancestral . 2008, Rev Por Ginecol Obstet.	<ul style="list-style-type: none"> O parto vertical tem vantagens significativas face ao parto horizontal, permitindo que a parturiente tenha um parto mais curto, menos doloroso e mais satisfatório.
Gupta JK, Hofmeyr GJ - Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto . 2003. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group	<ul style="list-style-type: none"> O uso de qualquer posição vertical, quando comparadas com posições supina ou de litotomia, foi associada a: uma duração reduzida da segunda etapa do trabalho, redução da assistência ao parto, uma redução em episiotomias, aumento de lacerações perineais de segundo grau, aumento na perda de sangue estimada, menos padrões de frequência cardíaca fetal anormal.

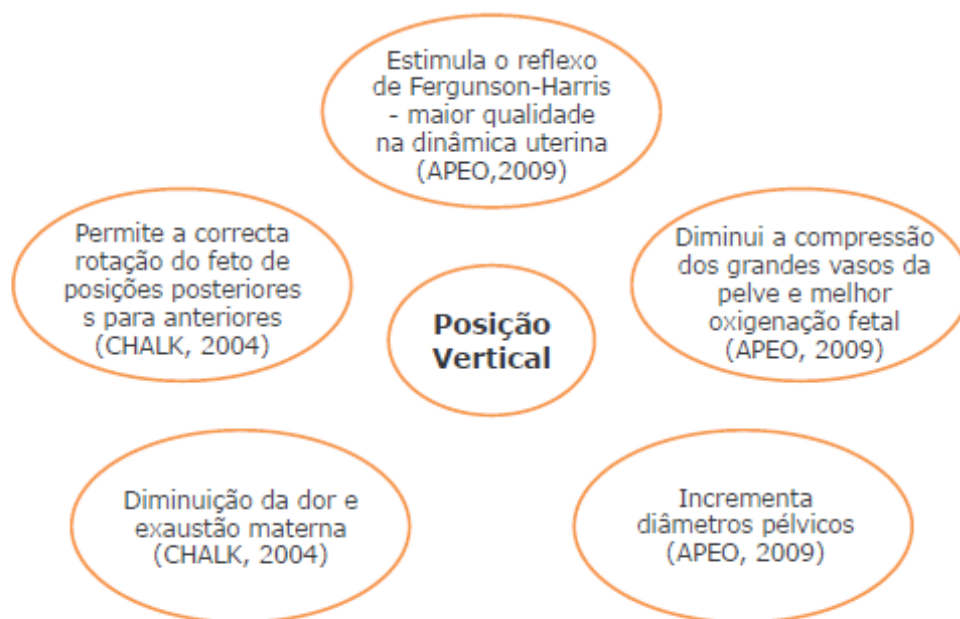
Posições para o período expulsivo

Posições	Vantagens	Desvantagens
Vertical de Pé de Cócoras Sentada	Redução de: tempo no 2º estadio do TP partos instrumentalizados dor episiotomias padrões anormais de FCF Aumento de: índice de Apgar participação activa da parturiente	Aumento de: lacerações perineais sobrestimação da hemorragia Percepção da parturiente de falta de intervenção dos profissionais de saúde
Decúbito lateral	Redução de: lacerações e de necessidade de episiotomia tempo no 2º estadio do TP	
Litotomia	Aumento de: Percepção de ser ajudada	Aumento de: Desconforto Dificuldade em realizar esforços expulsivos Lacerações perineais Necessidade de episiotomia Padrões de FCF anómalos Partos Instrumentalizados Redução de: Índice de Apgar

5. Discussão dos resultados



5. Discussão dos resultados



Referências Bibliográficas

- o ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS – Iniciativa Parto Normal. Lusociencia, 2009. ISBN: 978-972-8930-49-3
- o CALAIS-GERMAIN, BLANDINE; PARÉS, NÚRIA - Parir En Movimiento: Las Movilidades De La Pelvis En El Parto. La liebre de marzo, 2009 ISBN: 9788492470129
- o CHALK, A.- Pushing in the second stage of labour: part 1. *British Journal Of Midwifery*, 12(8), 502-508. (2004).
- o GAYESKI, M.; BRÜGGEMANN, O - Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 17(2), 153-159. (2009)
- o GUPTA, J.- Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (4), (2009).
- o GOTTVALL, K.; ALLEBECK, P.; EKEUS, C.. Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG: An International Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 114(10), 1266-1272. (2007)
- o HUNTER, S.- Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1). (2008)
- o JONGE, A., RIJNDERS, M., VAN DIEM, M., SCHEEPERS, P., & LAGRO-JANSSEN, A - Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery*, 25(4), 439-448. (2009). doi:10.1016/j.midw.2007.07.013
- o JONGE, A.; TEUNISSEN, D.; DIEM, M., SCHEEPERS, P.; LAGRO-JANSSEN, A. - Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal Of Advanced Nursing*, 63(4), 347-356. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x(2008).
- o LAI, M.; LIN, K.; LI, H.; SHEY, K.; GAU, M. - Effects of delayed pushing during the second stage of labor on postpartum fatigue and birth outcomes in nulliparous women. *Journal Of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, 17(1), 62-72. 009). doi:10.1097/JNR.0b013e3181999e78
- o LAWRENCE, A.- Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2), (2009).
- o STREMLER, R., HALPERN, S., WESTON, J., YEE, J., & HODNETT, E. - Hands-and-knees positioning during labor with epidural analgesia. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(4), 391-398. (2009). doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01038.x
- o ROBERTS, C.; ALGERT, C.; OLIVE, E.- Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia. *The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 44(6), 489-494. (2004).

Apêndice 7 – Plano de Intervenção

Planeamento das atividades para o objetivo 1

Objetivo 1: Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados pré-natais ou em situação de abortamento/morte fetal à mulher/casal/família Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.

Competência	Sistema de apoio-educação	Sistema parcialmente compensatório	Sistema compensatório	Resultados	Avaliação
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal (OE, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas e protocolos do serviço. - Pesquisa bibliográfica. - Acolhimento à mulher /família. - Demonstração de disponibilidade empatia e respeito. - Informação e orientação à mulher/família de forma a potenciar uma gravidez saudável. - Incentivo à colocação de dúvidas. - Desmistificação de medos e receios. - Explicação à grávida família sobre sinais e sintomas de risco. - Informação e orientação da mulher para os recursos disponíveis na comunidade. - Promoção do plano de parto. - Promoção do aleitamento materno. - Promoção de medidas para minimizar os desconfortos. - Esclarecimento acerca do consentimento informado. - Apoio psicológico e emocional à mulher/família em situação de abortamento/morte fetal. - Orientação da sexualidade e contraceção da mulher pós-aborto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista e observação inicial. - Colheita de dados - Consulta de toda a informação relativa à vigilância de Saúde (Boletim de Saúde da Grávida, Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos). - Diagnóstico e monitorização do trabalho de Parto. - Gestão do espaço físico da urgência. - Promoção da privacidade da mulher. - Identificação de problemas. - Detecção de sinais e sintomas de gravidez. - Avaliação de bem-estar materno-fetal. - Detecção precoce de desvios da gravidez fisiológica. - Realização e interpretação de cardiocograma. - Avaliação de cervicometria, integridade das membranas e características de LA, apresentação fetal e características da bacia obstétrica. - Vigilância da grávida com patologia associada, identificando precocemente sinais de alerta. - Encaminhamento da grávida com patologia ou mulher em situação de abortamento ou morte fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Detecção e tratamento, de complicações. - Referenciação de complicações. - Cooperação no tratamento de complicações na mulher pós-aborto ou com desvio à gravidez fisiológica. - Administração de terapêutica prescrita. - Elaboração de registos de enfermagem no processo clínico para assegurar a continuidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados pré-natais ou em situação de abortamento/morte fetal à mulher/casal/família e família. - Mobilização de conhecimentos na prática de cuidados e desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares. - Desenvolvimento de capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível. - Reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem. - Utilização da metodologia científica. - Mobilização ativa da evidência científica na prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos. - Desenvolvimento de capacidades de transmitir conhecimentos, raciocínios e procurar soluções, de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar. (ESEL, 2012) 	<p>Reflexão sobre as situações.</p> <p>Avaliações formativas e sumativa.</p> <p>Relatório de Ensino Clínico.</p>

RECURSOS – Institucionais: Urgência Obstétrica e Ginecológica do [REDACTED]; **Humanos:** OL, Equipa multidisciplinar, e utentes do [REDACTED]; **Temporais:** De 27 de fevereiro a 27 de julho de 2012; **Materiais:** Normas do serviço, documentação teórica dada em sala de aula, bases de dados científicas, recursos bibliográficos e digitais.

Planeamento das atividades para o objetivo 2

Objetivo 2: Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher/casal/família a vivenciar processos de saúde ginecológica no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.

Competência	Sistema de apoio- educação	Sistema parcialmente compensatório	Sistema compensatório	Resultados	Avaliação
Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde (OE, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas e protocolos do serviço. - Pesquisa bibliográfica. - Acolhimento à mulher/família. - Demonstração de disponibilidade empatia e respeito. - Informação e orientação à mulher sobre a sua saúde ginecológica. - Incentivo à colocação de dúvidas. - Desmistificação de medos e receios. - Informação e orientação da mulher para os recursos disponíveis na comunidade. - Esclarecimento acerca do consentimento informado. - Informação e orientação da mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário. - Orientação da sexualidade e contraceção da mulher. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista e observação inicial. - Colheita de dados. - Consulta de toda a informação relativa à vigilância de Saúde (Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos). - Gestão do espaço físico da urgência. - Promoção da privacidade da mulher. - Identificação de problemas. - Monitorização de afeções do aparelho genitourinário e/ou mama. - Encaminhamento da mulher com afeções do aparelho genito-urinário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Detecção e tratamento, de complicações. - Referenciação de complicações. - Cooperação no tratamento de complicações na mulher com afeções do aparelho genito urinário e/ou mama. - Administração de terapêutica prescrita. - Elaboração de registos de enfermagem no processo clínico para assegurar a continuidade dos cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher/casal/família a vivenciar processos de saúde doença ginecológica no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia. - Mobilização de conhecimentos na prática de cuidados e desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares. - Desenvolvimento de capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível. - Reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem. - Utilização da metodologia científica. - Mobilização ativa da evidência científica na prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos. - Desenvolvimento de capacidades de transmitir conhecimentos, raciocínios e procurar soluções, de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar. (ESEL, 2012) 	<p>Reflexão sobre as situações.</p> <p>Avaliações formativas e sumativa.</p> <p>Relatório de Ensino Clínico.</p>

RECURSOS – Institucionais: Urgência Obstétrica e Ginecológica do [REDACTED] **Humanos:** OL, Equipa multidisciplinar e utentes do [REDACTED] **Temporais:** De 27 de fevereiro a 27 de julho de 2012; **Materiais:** Normas do serviço, documentação teórica dada em sala de aula, bases de dados científicas, recursos bibliográficos e digitais.

Planeamento das atividades para o objetivo 3

Objetivo 3: Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher mulher/casal/família durante os quatro estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos, e com patologia associada.

Competência	Sistema de apoio-educação	Sistema parcialmente compensatório	Sistema compensatório	Resultados	Avaliação
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas e protocolos do serviço. - Pesquisa bibliográfica. - Acolhimento à mulher/família. - Demonstração de disponibilidade empatia e respeito. - Promoção de um ambiente seguro durante o trabalho de parto. - Promoção do aleitamento materno. - Apoio psicológico e emocional à mulher/casal. - Informação à mulher/casal sobre os cuidados de enfermagem especializados. - Esclarecimento acerca do consentimento informado. - Incentivo à colocação de dúvidas e emissão de opiniões. - Promoção do envolvimento do acompanhante. -Promoção de contacto pele-a-pele e vinculação precoce à tríade. - Incentivo à utilização de posições de conforto alternado com movimento durante o trabalho de parto e de acordo com o estágio do trabalho de parto e posição do feto. -Incentivo à participação ativa da mulher/casal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista e observação inicial. - Colheita de dados. - Consulta de toda a informação relativa à vigilância de Saúde (Exames Complementares de Diagnóstico, Registos Informáticos). - Promoção da privacidade da mulher no TP e Parto. - Identificação e monitorização do trabalho de parto. - Realização e interpretação de exame vaginal, para avaliação de adequação da estrutura pélvica, cervicometria, apresentação fetal, integridade das membranas e característica de LA. - Monitorização de LA (cor, cheiro e quantidade) quando rutura de membranas. - Promoção de medidas de controlo não farmacológico e farmacológico da dor; - Vigilância da evolução dos 4 estádios do trabalho de Parto. - Aplicação de técnicas adequadas na execução do parto em apresentação cefálica. - Realização de episiotomia, se necessário. - Identificação precoce de complicações pós-parto e atuação de acordo com a situação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação e referência para além da minha área de atuação. -Cooperação com outros profissionais em partos distócicos e/ou situações de urgência. - Administração de terapêutica prescrita. - Avaliação e interpretação do registo cardiotocográfico. - Detecção precoce de situações de risco no que respeita à FCF e à dinâmica uterina e implementação de medidas corretivas. - Detecção precoce de alterações da evolução normal do trabalho de parto e implementação de medidas corretivas; - Verificação da integridade de placenta e membranas após dequitação. - Verificação das características e integridade do cordão umbilical. - Avaliação da integridade do canal de parto. - Aplicação de técnicas de reparação do canal de parto quando necessário. - Vigilância da formação do Globo de Segurança de Pinard. - Registos da evolução do TP no Partograma e sua interpretação. - Elaboração de registos de enfermagem no processo clínico para assegurar a continuidade dos cuidados. - Colheita de sangue do cordão umbilical se grávida com fator Rhesus negativo, ou para criopreservação de células estaminais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados especializados à mulher mulher/casal/família durante os quatro estádios do trabalho de parto, em partos eutócicos, distócicos, e com patologia associada. - Mobilização de conhecimentos na prática de cuidados e desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares. -Desenvolvimento de capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível. - Reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem. -Utilização da metodologia científica. - Mobilização ativa da evidência científica na prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos. - Desenvolvimento de capacidades de transmitir conhecimentos, raciocínios e procurar soluções, de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar. (ESEL, 2012) 	<p>Reflexão sobre as situações.</p> <p>Diários de Aprendizagem.</p> <p>Avaliações formativas e sumativa.</p> <p>Relatório de Estágio.</p>

RECURSOS – Institucionais: Bloco de Partos do [REDACTED]; **Humanos:** OL, Equipa multidisciplinar e utentes do [REDACTED]; **Temporais:** De 27 de fevereiro a 27 de julho de 2012; **Materiais:** Normas do serviço, documentação teórica dada em sala de aula, bases de dados científicas, recursos bibliográficos e digitais.

Planeamento das atividades para o objetivo 4

Objetivo 4: Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, normal e de risco.

Competência	Sistema de apoio- educação	Sistema parcialmente compensatório	Sistema compensatório	Resultados	Avaliação
<p>Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.</p> <p>Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido. (OE, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de normas e protocolos do serviço. - Pesquisa bibliográfica. - Acolhimento à mulher/família. - Demonstração de disponibilidade empatia e respeito. - Promoção de um ambiente seguro durante o trabalho de parto. - Realização de educação para a saúde à mulher/casal sobre aleitamento materno e sinais de boa pega, com vista à promoção do aleitamento materno. - Apoio na amamentação. - Inclusão do pai/acompanhante nos cuidados ao recém-nascido. - Promoção de contacto pele-a-pele e vinculação precoce à triade. - Informação à mulher/casal sobre os procedimentos e promoção de apoio psicológico e emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocação do recém-nascido em contacto pele-a-pele com a mãe. - Vigilância da eficácia da pega na amamentação e implementação de medidas corretivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do recém-nascido após o parto (Índice de Apgar) ao 1º, 5º e 10º minuto de vida. - Desobstrução da via aérea. - Secagem e limpeza de pele. - Promoção da estabilidade térmica corporal. - Observação física para diagnóstico precoce de alterações morfológicas e funcionais. - Referência em caso de alterações morfológicas e funcionais. - Avaliação de eliminação vesical e intestinal. - Avaliação de reflexos neurológicos. - Medição de peso. - Administração de vitamina K. - Identificação do recém-nascido com pulseira de identificação na presença da mulher/casal. - Vigilância do recém-nascido para diagnóstico precoce de complicações. - Realização de manobras de reanimação, em situação de emergência. - Administração de terapêutica de emergência. - Colaboração com outros profissionais no tratamento de alterações morfológicas e funcionais - Transferência para Unidade de Neonatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, normal e de risco. - Mobilização de conhecimentos na prática de cuidados e desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares. - Desenvolvimento de capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível. - Reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem. - Utilização da metodologia científica. - Mobilização ativa da evidência científica na prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos. - Desenvolvimento de capacidades de transmitir conhecimentos, raciocínios e procurar soluções, de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar. (ESEL, 2012) 	<p>Reflexão sobre as situações.</p> <p>Diários de Aprendizagem.</p> <p>Avaliações formativas e sumativa.</p> <p>Relatório de Estágio.</p>

RECURSOS – Institucionais: Bloco de Partos do [REDACTED]; **Humanos:** OL, Equipa multidisciplinar e utentes do [REDACTED]; **Temporais:** De 27 de fevereiro a 27 de julho de 2012; **Materiais:** Normas do serviço, documentação teórica dada em sala de aula, bases de dados científicas, recursos bibliográficos e digitais.

Planeamento das atividades para o objetivo 5

Objetivo 5: Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem na promoção do Parto Normal

Competência	Sistema de apoio-educação	Sistema parcialmente compensatório	Sistema compensatório	Resultados	Avaliação
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção de postura de abertura, disponibilidade, apoio e colaboração com a mulher/casal no parto e trabalho de parto, tendo por base as suas expectativas e escolhas. - Transmissão de confiança e apoio contínuo durante o trabalho de parto. - Incentivo à utilização da água morna para o alívio da dor; instrução à respiração e relaxamento. - Incentivo à ingestão de água, chá ou gelatina durante o trabalho de parto, consoante norma instituída no serviço; liberdade de movimentos à mulher durante o trabalho de parto. - Incentivo à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto bem como à sua participação ativa. - Incentivo à utilização de posições de conforto alternado com movimento durante o trabalho de parto e de acordo com o estágio do trabalho de parto e posição do feto. - Musicoterapia. - Reforço positivo dos esforços alcançados. - Facilitação a posição desejada no período expulsivo. - Apoio na amamentação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cooperação com a mulher/casal na tomada de decisão. - Incentivo à utilização da bola de Pilatos. - Utilização de técnicas invasivas quando estritamente necessário e não de forma rotineira; - Manter recém-nascido em contacto pele com a mãe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultação de batimentos cardíacos de forma intermitente, aquando a ausência de fatores de risco acrescido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados na promoção do Parto Normal. - Mobilização de conhecimentos na prática de cuidados e desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares. - Desenvolvimento de capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível. - Reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem. - Utilização da metodologia científica. - Mobilização ativa da evidência científica na prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos. - Desenvolvimento de capacidades de transmitir conhecimentos, raciocínios e procurar soluções, de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar. (ESEL, 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexão sobre situações vivenciadas. Diários de Aprendizagem. Avaliações formativas e sumativa. Relatório de Estágio.

RECURSOS – Institucionais: Bloco de Partos do []; **Humanos:** OL, Equipa multidisciplinar e utentes do []; **Temporais:** De 27 de fevereiro a 27 de julho de 2012; **Materiais:** Normas do serviço, documentação teórica dada em sala de aula, bases de dados científicas, recursos bibliográficos e digitais.

Planeamento das atividades para o objetivo 6

Objetivo 6: Adquirir e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que promovam a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.

Competência	Sistema de apoio-educação	Resultados	Avaliação
Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (OE, 2010)	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa nas bases de dados on-line, de estudos científicos da temática estudada. - Pesquisa manual em livros acerca da temática. - Pesquisa manual de estudos científicos nas várias bibliotecas de ESEL. - Compilação dos dados. - Elaboração da revisão sistemática da literatura. - Demonstração de respeito e disponibilidade. - Compreensão das expectativas da mulher/casal em relação ao trabalho de parto. - Transmissão de informação baseada na evidência científica acerca do trabalho de parto e de forma completa, considerando as razões, riscos, benefícios e resultados. - Transmissão de uma noção de confiança e autoestima na mulher e na sua capacidade de parir. - Responsabilização da mulher pelo seu trabalho de parto. - Oportunidade à mulher/casal para expor os seus medos, receios e angústias. - Estabelecimento de uma comunicação, centrada nas expectativas da mulher/casal. - Promoção do plano de parto, e do consentimento esclarecido, transmitindo de uma noção de flexibilidade. - Participação ativa nas aulas de preparação para a parentalidade em contexto de cuidados de saúde primários. - Oportunidade da mulher/casal para expor os seus medos receios e angústias. - Explicação de todos os procedimentos a realizar durante o trabalho de parto. - Incentivar a colocação de dúvidas. - Explicação das opções que a mulher tem durante o trabalho de parto (controlo da dor, utilização da bola) - Na existência de um plano de parto, respeitá-lo sempre que possível. - Na impossibilidade de respeitar alguns dos itens do plano de parto, explicar à mulher/casal o motivo e encontrar juntamente com ela novas estratégias. - Incentivo para realização de escolhas durante o trabalho de parto. - Fornecimento de confiança à mulher para a sua capacidade de parir. - Elogio da mulher/casal ao longo do trabalho de parto, atribuindo-lhe o mérito pelo alcançado. - Realização de ação de formação para a equipa multidisciplinar com a temática: "Importância da posição da mulher no trabalho de Parto", evidenciando a importância da autonomia da mulher/casal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, normal e de risco. - Mobilização de conhecimentos na prática de cuidados e desenvolvimento da sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas complexos, em situações novas, em contextos multidisciplinares. -Desenvolvimento de capacidade para integrar conhecimentos, apreciar e intervir em situações complexas, procurando soluções e/ou emitindo juízos face à informação disponível. - Reflexão sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EEESMO) que envolvam implicações e responsabilidades éticas e sociais e que resultem das suas decisões e/ou juízos, ou as condicionem. -Utilização da metodologia científica. - Mobilização ativa da evidência científica na prática de enfermagem especializada em cuidados de saúde maternos e obstétricos. - Desenvolvimento de capacidades de transmitir conhecimentos, raciocínios e procurar soluções, de forma clara e sem ambiguidades, a orientadores, clientes e equipa multidisciplinar. (ESEL, 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> Reflexão sobre situações vivenciadas. Diários de Aprendizagem. Avaliações formativas e sumativa. Relatório de Estágio.

RECURSOS – Institucionais: Serviço de Grávidas do [REDACTED]; Consultas externas do [REDACTED] Centro de Saúde de [REDACTED]; Urgência Obstétrica e Ginecológica/Bloco de Partos do [REDACTED]
Humanos: OL, Equipa multidisciplinar e utentes do H [REDACTED] Centro de saúde de S [REDACTED] e C [REDACTED]
Temporais: De 1 de outubro de 2011 a 27 de julho de 2012; **Materiais:** Normas do serviço, documentação teórica dada em sala de aula, bases de dados científicas, recursos bibliográficos e digitais.

Apêndice 8 – Avaliação Sumativa

ANEXO I

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNAL E OBSTETRÍCIA
(2º CMESMO)

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO NO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

LOCAL DO ESTÁGIO CENTRO Hospitalar [REDACTED]

DATAS: INÍCIO 27/02/2012 FIM 27/7/2012

ESTUDANTE Nidia Isobel dos Santos Nunes

ENFERMEIRO ORIENTADOR [REDACTED]

DOCENTE ORIENTADOR [REDACTED]

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Formativa	Avaliação Final
	Data	Data <u>26/6/12</u>	Data	Data <u>31/7/12</u>
Estudante	<u>Nidia</u>	<u>Nidia</u>		<u>Nidia</u>
Enfermeiro Orientador	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]
Docente Orientador	[REDACTED]	[REDACTED]		[REDACTED]

CLASSIFICAÇÃO FINAL Excelente

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ESTÁGIO COM RELATÓRIO

FORMATIVA ☐

FINAL



Estudante: Nidia Isabel Santos Nunes

DATA: 31/07/2012

Nível Atingido	Estudante					Orientador				
	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente	Insuf.	Suficiente	Bom	Muito Bom	Exce-lente
Indicadores para Avaliação										
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X					X
Elabora projecto pertinente e adequado					X					X
Demonstra autonomia, criatividade e eficiência no desenvolvimento das actividades					X					X
Promove a qualidade dos cuidados aos três níveis de prevenção, perspectivando a continuidade de cuidados <ul style="list-style-type: none"> Avaliação inicial Identificação de necessidades / problemas / diagnósticos de enfermagem Planeamento das intervenções Avaliação/eventual reformulação Promoção continuidade cuidados 					X					X
Desenvolve processos de educação em saúde ao indivíduo / família					X					X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal <ul style="list-style-type: none"> Promove a saúde, diagnostica precocemente, previne complicações e providencia cuidados à mulher, facilita a sua adaptação em situações de abortamento e/ou morte fetal 					X					X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto efectuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência no sentido de maximizar a saúde da mulher e seu recém nascido <ul style="list-style-type: none"> Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e optimiza a adaptação do RN à vida extra-uterina, Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN; Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto 					X					X
Presta cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal <ul style="list-style-type: none"> Promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal; Providencia cuidados nas situações que possam afectar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal; 					X					X
Demonstra autonomia, capacidade de negociação e tomada de decisão face às necessidades de cuidados					X					X
Revela capacidade de utilização de pensamento crítico na análise e resolução de problemas					X					X
Revela capacidade de análise e reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem.					X					X
Analisa e discute as situações vividas					X					X

<p>Demonstra atitudes e comportamentos adequados à situação de estudante em EC e ao desempenho de cuidados de enfermagem especializados</p> <ul style="list-style-type: none"> Assiduidade e pontualidade Assertividade Assunção do seu processo formativo Utilização de técnicas de comunicação adequadas com indivíduos / famílias / equipa de saúde Capacidade de negociação com a equipa multiprofissional Capacidade de autoavaliação e reacção à crítica Actuação de acordo com os princípios éticos, valores e referenciais orientadores da profissão 										X
Revela capacidade de integração / socialização ao contexto do Ensino Clínico					X					X

Classificações Finais:

10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente
(Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º)

Auto-Avaliação

Estou integrada na equipe multidisciplinar do Bloco de Partos, com a qual interagi e participei nas discussões referentes ao serviço e saúde da mulher/casal e recém-nascido. Inclusive realizei uma sessão de formação que despoletou o início de um ciclo de formações entre a equipa de profissionais de saúde deste serviço, para além de ter sido um momento de reflexão de práticas no cuidado à mulher/casal e recém-nascido.

O projecto que conduziu a intervenções de enfermagem neste estágio teve como base a autonomia da mulher/casal, pois esta é uma forma de assegurar que os direitos dos utentes são promovidos e protegidos. É essencial garantir que a mulher/casal é informada acerca do tratamento e cuidados de enfermagem e que está envolvida no processo de tomada de decisões. Desta forma é possível o aumento da qualidade dos cuidados de saúde e de influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem, sendo por isso um projecto pertinente e adequado.

Desenvolvi competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher/casal/família no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Bloco de Partos procedendo sempre ao acolhimento caloroso da mulher/casal, demonstrando disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e desmistificação de receios inerentes a este momento, promovendo um clima de confiança, encaminhamento da mulher e actuação pronta e adequada consoante as situações que foram surgindo, providenciando desta forma cuidados especializados à mulher/família e recém-nascido.

Demonstrei grande desenvolvimento na realização de procedimentos técnicos, relacionado com o parto, sendo que no final mostrava já alguma destreza manual na sua realização, identificando contudo as minhas limitações e solicitando orientação.

Em todo este processo fui sempre procedendo à justificação das minhas intervenções na evidência científica e nos "grandes autores da obstetrícia". A pesquisa científica foram uma constante durante este estágio, bem como a análise e reflexão das minhas intervenções. Também desencadeei momentos de *brainstorming* junto da orientadora e elementos da equipa.

Tive sempre em conta os princípios éticos, que regem a profissão de enfermagem.

Demonstro atitudes e comportamentos à situação de estudante em Ensino Clínico, adoptando uma postura responsável e de respeito para com os outros profissionais e com os utentes, humildade, vontade de aprender, reacção positiva à crítica, e desempenho das minhas actividades de forma metódica e organizada, tendo em conta as normas do serviço.

As experiências vivenciadas no Bloco de Partos de [REDACTED] foram diversificadas e pertinentes para o atingimento das competências propostas pelas directivas europeias, OE e ICM, tendo sido este um excelente campo de estágio. É de salientar que a filosofia do serviço permite a vivência de experiências únicas. Assim situo a minha auto-avaliação no Excelente.

Joana Nunes

APRECIÇÃO GLOBAL

ESTUDANTE

ENFERMEIRO ORIENTADOR

A Aluna Nidia Nunes, demonstrou ao longo de todo estágio, sentido de responsabilidade, desempenho e aprendizagem de novas situações.

Demonstrou muita eficiência de trabalho, atitudes e comprometimento adequados à situação de aluno.

Demonstrou uma boa sequência de conhecimentos teóricos/práticos adequados, articulando-os pelo conteúdo e a prática da unidade.

Attingiu ao final do estágio as competências esperadas de ESMO neste curso com o que é merecido qualificar de Exatente (19).

Apêndice 9 – Autorização do Autor da Escala

From: Nidia Nunes [nidianunes@gmail.com]
Sent: Wednesday, February 21, 2012 11:58 PM
To: Arwa Oweis
Subject: Permission request to questionnaire usageDear Prof Oweis,

I am a Portuguese midwifery student and for my final internship and report I am basing my efforts on women's autonomy during labor.

In this context I would like to use the questionnaire on Women's Perception of Control during Childbirth you've developed and reported on the study "Jordanian mother's report of their childbirth experience: Findings from a questionnaire survey".

Can I have your permission to do so?

It goes without saying that all author rights will be observed and acknowledged.

Thank you very much for your time.

Best regards,

Nidia Nunes

Arwa Oweis arwa@just.edu.jo

yes, I give you my permission to use the instrument, please provide me with your findings especially on reliability of the instrument in your study.

take care and good luck

Arwa Oweis, RN, DNSc
Dean of Nursing, Director of WHO Collaborating Center
Associate Professor, Maternal and Child Health Dpt.
Faculty of Nursing/ Jordan University of Science and Technology
Head, GRACE-MENA Secretariat (www.grace-network.net)
Irbid/Jordan
Po Box 3030
mob 0777285284

Treat every day as our day. Every moment as divine (Ineke Buskens)

Please find the questionnaire you asked for.

take care and thank you for your interest...

Apêndice 10 – Pedido de Autorização e restantes Documentos enviados à Comissão de Ética

Ao Conselho de Administração do Centro

[Redacted]

[Redacted] (Comissão Ética)

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário de âmbito académico (Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) no Serviço do Bloco de Partos

Nídia Isabel dos Santos Nunes, estudante do 2º Curso de Mestrado de em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, vem por este meio solicitar autorização para aplicar um questionário (contido em anexo) no Bloco de Partos às puérperas após o parto, durante um período de 20 semanas compreendido entre 27 de fevereiro e 27 de julho de 2012.

O referido trabalho é um relatório de estágio, cujo tema é: “Autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, promotoras da autonomia da mulher/casal” e tem como objetivo específico: **desenvolver competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados que promovam a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.**

Agradeço desde já a atenção disponibilizada, ficando a aguardar resposta.

Para eventual informação ou esclarecimento, contactar:

Nídia Isabel dos Santos Nunes,

Telefone: 961853950 @: nidianunes@mail.com

Atenciosamente, pede deferimento:

Setúbal, ____/____/____

Breve resumo da proposta de Estudo:

Em primeiro lugar quero esclarecer que não pretendo realizar um estudo de investigação, mas sim um relatório de estágio. Este relatório será desenvolvido durante o estágio que me encontro a realizar e que vai de 27 de fevereiro a 27 de julho de 2012 no Bloco de Partos do [REDACTED]

Durante a realização deste estágio e para a realização do respetivo relatório delineei como objetivo: **Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que promovam a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.**

Realizei previamente uma revisão sistemática da literatura que me permitiu definir atividades a desenvolver enquanto aluna da Especialidade de Enfermagem e Saúde Materna e Obstetrícia a realizar estágio em Bloco de Partos são elas:

- Estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/casal.
- Postura de abertura, disponibilidade, apoio e colaboração com a mulher/casal no parto e trabalho de parto, tendo em consideração as suas expectativas e escolhas.
- Transmissão de confiança
- Explicação de todos os procedimentos a realizar.
- Incentivar a colocação de dúvidas.
- Explicação das opções que a mulher tem durante o trabalho de parto (controlo da dor, utilização da bola)
- Compreensão das expectativas da mulher/casal em relação ao trabalho de parto.
- Na existência de um plano de parto, respeitá-lo sempre que possível.
- Na impossibilidade de respeitar alguns dos itens do plano de parto, explicar à mulher/casal o motivo e encontrar juntamente com ela novas estratégias.
- Incentivo para realização de escolhas durante o trabalho de parto.
- Fornecimento de confiança à mulher para a sua capacidade de parir.
- Elogio da mulher/casal ao longo do trabalho de parto, atribuindo-lhe o mérito pelo alcançado.
- Realização de ação de formação a equipa multidisciplinar, sobre a temática em questão.
- Divulgação das conclusões dos vários estudos compilados na revisão sistemática da literatura.
- Apresentação das intervenções do Enfermeiro Especialista de saúde Materna e Obstétrica, que promovem a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.

- Partilha de experiências entre os vários profissionais.

Para avaliar a eficácia destas atividades pretendo então aplicar uma escala, já validada, e com autorização do respectivo autor. Esta escala permite medir a perceção da mulher sobre a autonomia no trabalho de parto. Contem 23 itens numerados de 1 (raramente) até 5 (sempre), em que pontuações iguais ou superior a 91 indicam perceção de autonomia durante o trabalho de parto.

A escala será aplicada em mulheres/casais

- com partos eutócicos
- cuja condução do trabalho de parto ou parto sejam realizados por mim enquanto estudante da Especialidade de Saúde Materna a realizar estágio no Bloco de Partos do



Será garantida a confidencialidade dos participantes.

TERMOS DE RESPONSABILIDADE – ESTUDANTE

Curso: 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio: AUTONOMIA DA MULHER/CASAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, promotoras da autonomia da mulher/casal

Orientadora: Isabel Serra

Estudante: Nídia Isabel dos Santos Nunes

Eu, Nídia Isabel dos Santos Nunes, na qualidade de estudante do 2º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, declaro que durante a realização do trabalho académico acima mencionado, respeitarei as normas éticas e deontológicas, que a identificação dos doentes não será revelada e que os dados necessários para a realização do trabalho serão mantidos confidenciais e não serão utilizados para qualquer outro fim.

Setúbal, ____ de _____ de 2012

A estudante:

(Nídia Isabel dos Santos Nunes)

TERMO DE RESPONSABILIDADE - ORIENTADORA

Curso: 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio: AUTONOMIA DA MULHER CASAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, promotoras da autonomia da mulher/casal

Orientadora: Isabel Serra

Estudante: Nídia Isabel dos Santos Nunes

Orientador da Instituição de Ensino

Eu, Isabel Serra, na qualidade de Professora Orientadora, solicito autorização do conselho de Ética do [REDACTED] para que a estudante acima referida possa aplicar uma escala de avaliação da percepção da autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto e parto no Serviço de Bloco de Partos do [REDACTED]

[REDACTED] Informo que me comprometo a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar a estudante nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Isabel Serra

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em preencher a escala de avaliação de percepção de autonomia do parto, aplicada pela estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Nídia Isabel dos Santos Nunes, orientada por Prof.^a Isabel Serra.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, e fui informada do objetivo estritamente académico para a realização de um relatório de estágio.

Estou ciente que os usos das informações por mim oferecidas serão confidenciais.

Fui ainda informada que poderei recusar o preenchimento da escala sem sofrer qualquer constrangimento.

Setúbal, ____ de _____ de _____.

Assinatura da participante:

Assinatura da estudante:

Exmo. Sr. Enfermeiro Chefe

[REDACTED]

Assunto: Pedido de parecer para aplicação de uma escala para medir a perceção da mulher sobre a sua autonomia no trabalho de parto, para a realização de um relatório de estágio de âmbito académico (Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) no Serviço do Bloco de Partos.

Nídia Isabel dos Santos Nunes, aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), vêm por este meio solicitar o parecer do Exmo. Enfermeiro Chefe [REDACTED] para aplicação de uma escala que permite medir a perceção da mulher sobre a sua autonomia no trabalho de parto, após consentimento da mesma, no sentido de avaliar as minhas atividades enquanto estudante a realizar a Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia, para a elaboração de um relatório de estágio cujo tema é “Autonomia da Mulher/Casal durante o Trabalho de Parto: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, promotoras da autonomia da mulher/casal” sob orientação da Profª. Isabel Serra, e que tem como objetivo: **Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que promovam a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.**

Atenciosamente, pede deferimento:

Setúbal, ____/____/____

Estudante do 2º CMESMO:

(Nídia Isabel dos Santos Nunes)

Exma. Sra. Diretora Serviço de Obstetrícia

Dr^a [REDACTED]

Assunto: Pedido de parecer para aplicação de uma escala para medir a percepção da mulher sobre a sua autonomia no trabalho de parto, para a realização de um relatório de estágio de âmbito académico (Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) no Serviço do Bloco de Partos

Nídia Isabel dos Santos Nunes, estudante do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), vêm por este meio solicitar o parecer da Exma. Sra. Diretora de Serviço, Dr^a [REDACTED] para aplicação de uma escala que permite medir a percepção da mulher sobre a sua autonomia no trabalho de parto, após consentimento das mesmas, no sentido de avaliar as minhas atividades enquanto estudante a realizar a Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia, para a elaboração de um relatório de estágio cujo tema é “Autonomia da Mulher/Casal durante o Trabalho de Parto: Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, promotoras da autonomia da mulher/casal” sob orientação da Prof^a. Isabel Serra, e que tem como objetivo: **Adquirir e desenvolver competências técnicas, científicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que promovam a autonomia da mulher/casal durante o trabalho de parto.**

Atenciosamente, pede deferimento:

Setúbal, ____/____/____

Estudante do 2º CMESMO:

(Nídia Isabel dos Santos Nunes)

Texto escrito conforme o Novo Acordo Ortográfico